This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UC-NRLF
B 3 749 124

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO

Gift of

Herbert F. Traut, M.D.

Monatsschrift

für

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. A. Martin und **Prof. Dr. M. Sänger**
in Berlin. in Leipzig.

Band VI.

Berlin 1897.
VERLAG VON S. KARGER
Karlstrasse 15.

180537

Alle Rechte vorbehalten.

Druck von Imberg Lefson, Berlin SW

Sach-Register.

Die **fettgedruckten** Zahlen bedeuten Original-Artikel, die nicht besonders bezeichneten Zahlen Berichte, Sammelberichte oder Sitzungsberichte. B = Bericht, Sb. = Sammelbericht. Bz. = Buchanzeige. N. = Nekrolog. Tn. = Tagesnachrichten.

A.

Abort, A-Behandlung (Brausewetter) Sb. 529.
— nach Guajacol (Petrasco). 636.
— Zur Lehre vom (Skutsch). 94.
Abscesse, kalte der Bauchdecken (Michels) Selbstbericht. 537.
Adenomyome des Genitalapparats (Pfannenstiel). 78.
— der Scheide (v. Herff). 77.
Adnex-Tumoren, Entfernung der mittelst vaginaler Hysterektomie (Segond). 647.
Ammenfrage (Temesváry). 640.
Amnionanomalien, Zur Kenntnis der (v. Franqué). **36.**
Anencephalus (Switalski). 546.
Angiodystrophia ovarii (Bulius u. Kretschmar), Bz. bespr. von P. F. Rosenthal. 217.
Antefixatio uteri, Geburtsstörungen nach (Rühl), Bz. bespr. von Strassmann.
Antistreptokokkenserum (Savor), Bz. bespr. von P. F. Rosenthal. 550.
Arbeit und Wille (Hallervorden), Bz. bespr. von Windscheid. 315.
Auszeichnungen vid. Personalien.

B.

Ballondilatation d. Cervix und Colpeuryse (A. Müller). 116.
— bei Placenta praevia (Blacker). 211.
Basedow'sche Krankheit (Eulenburg). 112.
Bauchdecken, Kalte Abscesse der (Michels). Selbstbericht. 537.
Bauchschnitt, Küstnerscher (Mikucki). 544.
Bauchschnitt, Narbenfestigkeit der B.-Wunde (G. Abel). 97.
Bauch- u. Beckenspalte, Epispadie und Ectopia vesicae (Waldstein). **273.**
Becken, Neue Classification der anormalen (La Torre). 410.
— B.-Demonstration (Wiedow). 100.
— Enges B., Erweiterung der Indication zum Kaiserschnitt bei (Olshausen). 408.
Becken, Enges B., Klinischer Bericht über Geburten bei (Ludwig u. Savor), Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 551.
Becken, Querverengtes, Sectio caesarea wegen (v. Kézmarszki) 77.
— B.-Photographie und B.-Messung mittelst X-Strahlen (Pinard und Varnier). 414.
— Spondylolisthetisches (v. Herff) 78. (Vedeler) 528.
Beckenbindegewebe, Zur Anatomie des (v. Rosthorn). 91.
Beckeneiterungen, Zur Topographie der (Sellheim). 92.
Beckenspalte, Bauch- u. B. (Waldstein). **273.**
Behaarung, Heterosexuelle (Neugebauer). 207.
Berufungen vid. Personalien.
Blasenkatarrh, Verweilkatheter bei acutem (H. Schultz). 638.
Blasenmole (Pick). 444.
— Beitrag zum Studium der (Durante). 428.
— B. u. malignes Deciduom (Neumann). **17, 157.**
Blasenstein (Neugebauer). 76.
Buchanzeigen:
— Bulius u. Kretschmar, Angiodystrophia ovarii. 217.
— Chrobak, Bericht aus d. Klinik. 549.
— Czempin, Technik der Chloroformnarkose. 459.
— Fasbender, Entwicklungslehre, Geburtshülfe und Gynäkologie in den Hippocratischen Schriften. 313.
— Hacker, abdominale Totalexstirpation d. schwangern myomatösen Uterus. 662.
— Hallervorden, Arbeit u. Wille. 315.
— Heckmann, Verhältnis d. Kopfes d. Neugeborenen zum Kopf d. Mutter. 126.
— Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. 449.
— Küchel, Prognose der Zangenoperationen. 126.
— Leopold, Uterus und Kind von der ersten Woche der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt. 213.
— Neugebauer, Fremdkörper d. Uterus. 458.

Buchanzeigen:
— Ploch, Das Giessener Dammschutzverfahren. 663.
— Rothschild, Tubenschwangerschaft. 127.
— Rühl, Geburtsstörungen nach Antefixierung der Uterus. 660.
— v. Winckel, Behandlung der Peri- und Parametritis. 456.

C.

Carcinom vid. Krebs.
Castration, Vollständige abdominale (Jonnesco). 426.
— Physiologische Wirkungen der (Jayle). 643.
Catgut, Sterilisationsmethode des (Krönig). 98.
— Uterusdrainage mit (Schmeltz). 424.
Celluloidringe, Apparat zum Biegen von (Baumgaertner). **518.**
Cervix u. Placenta praevia (Bayer). 81
Chelidonium majus, Behandlung des Uteruskrebses mit (Winter) 107, (Dolinski) 545.
Chloroformnarkose, Technik der (Czempin). Bz. bespr. v. Ortweiler. 459.
Choc en retour und Colles'sches Gesetz (Finger, Rosinsky, Hochsinger). 446.
Chorionepithel (L. Fraenkel). 443.
— Maligne Tumoren des (E. Fraenkel). 654.
Coelomepitheleinstülpungen, pathologische (Peters). 82.
Colles'sches Gesetz und Choc en retour (Finger, Rosinsky, Hochsinger). 446.
Colloid-Kystom, multiloculäres der rechten seitl. Bauchwand (Sänger). 101.
Colpeuryse und Ballondilatation des Cervix (A. Müller). 116.
Colpotomie (vid. auch vaginale Operationen).
— und chirurgische Behandlung der Pelviperitonitis (Martin). **235.**
— bei Entzündungen der Adnexe, bei Verlagerungen und Neubildungen der Gebärmutter (Dührssen). 404.
— und Totalexstirpation der Gebärmutter (Doyen). 422.
Congressberichte:
— Gynaekologen-Congress in Leipzig (Donat) 62. Allgemeiner Bericht (Martin) 122. Verhandl. (Tn.) 664.
— Internationaler Medicinischer Congress in Moskau (Edm. Falk) 402. Allgemeiner Bericht (Martin) 310, 396.
— Naturforscherversammlung in Braunschweig (Wille) 431; Tn. 317, 462.
Corpus-luteum-Abscesse (v. Rosthorn) 100.
Corpus-luteum-Cysten (Fraenkel). 446.
Courant ondulatoire, Anwendung des ind. Frauenheilkunde (Apostoli) 425.
Cystom, multiloculäres Colloid-C. der rechten seitl. Bauchwand (Sänger). 101.
Cystomyome d. Scheide (v. Herff). **77.**

D.

Dammnaht, secundäre (Cholmogoroff). **429.**
Dammriss, centraler (Liszt). 632.
Dammschutzverfahren, Das Giessener (Ploch), Bz. besprochen von Kretschmann. 663.
Dampfsterilisator vid. Sterilisation.
Darmblutungen, kurz vor d. Geburt b. gleichzeitiger Schwangerschaftsnephritis (Ehrendorfer). **369.**
Darmfäulnis bei Wöchnerinnen (S. Neumann). 635.
Decidua, Ueber die Lebensfähigkeit im Uterus zurückgehaltener. **41.**
Deciduom (Rosner). 542.
— malignes (Lewers). 548.
— malignes und Blasenmole (Neumann). **17. 157.**
— malignes u. Syncytium (Discussion). 87.
Decubitus, als Complication der vaginalen Hysterektomie (Segond). 616.
Dermoidcysten d. Eierstocks, Histogenese der (Pfannenstiel). 95.
Dickdarm, Myome des (Pfannenstiel). 101.
Diplegie, Congenitale cerebrale D. bei e. aus Extrauterinschwangersch. stammenden Säugling (Grósz). 630.
Dünndarmfistel, nach vaginaler Uterusexstirpation (Rydygier). 208.

E.

Echinococcus, Entleerung eines E.-sackes durch d. puerperalen Uterus (Bonorden). **513.**
— vereiterter E. der Leber in der Schwangerschaft (Mikucki). 543.
Ectopia vesicae (Waldstein). **278.**
Ectopische Schwangerschaft (vid. auch Tubenschwangerschaft) (Rossler). 109.
— (Elischer). 628.
— Ausgetragene Bauchschwangerschaft mit operativer Entfernung des Kindes und der Placenta im 12. Monat (Taylor). 306.
— Congenitale cerebrale Diplegie bei einem aus E. stammenden Säugling (Grósz). 630.
— Entbindung ectopischer lebensfähiger Früchte durch Koeliotomie (Harris). **137.**

Ectopische Schwangerschaft (vid. auch Tubenschwangerschaft) Foetus aus (Neugebauer). 76.
— mit lebender Frucht (Reismann). 638.
— Heilung der mittelst Elektricität (Nedorodoff). 429.
— Normale u. tubo-uterine (Ligeti). 631.
Ei, junges menschliches (van Heukelom) 442, (Peters). 442.
Eierstock, Angiodystrophia ovarii (Bulius u. Kretschmar). Bz. bespr. von P. F. Rosenthal. 217.
— Histogenese der Dermoidcysten und Teratome des (Pfannenstiel). 95.
— E.-cyste, Pathogenese und patholog. Anatomie der (Pozzi u. Beaussenat). 644.
— E.-cyste, chronische Axendrehung einer E.-cyste mit hochgradiger Abschnürung d. verlängerten Uterus (Wilson). 306.
— E.-cystom, Stieltorsion eines (Switalski). 543.
— E.-cystom, Schwangerschaft vorgegetäuscht durch ein (Bogdanik). 206.
— Myxodermoidcysten des (Boursier u. Monod). 413.
— Resection und Ignipunktur des (Pozzi). 642.
— Sarkom des (E. Fraenkel) 116, (Koetschau). 304.
— E.-tumor und Myom (Franz). 78.
— Transplantation der (Backofen). B. 536.
Eihäute Abgang unversehrter nach Resorption d. Embryo (Alexander). 622.
Elektricität, Heilung d. Extrauterin-Schwangerschaft mittelst (Nedorodoff). 429.
Elephantiasis glabra labii (Koetschau). 303.
Embryo, Abgang unversehrter Eihäute nach Resorption des (Alexander). 622.
Encephalocele, Demonstration eines exstirpierten E.-sacks (Winter). 100.
Endometritis, Abortivbehandlung d. mittelst Bromdämpfen (Nitot). 414.
Endometritis gonorrhoica (Michájlowits). 413.
Entwicklungslehre in den Hippokratischen Schriften (Fasbender), Bz. bespr. von R. Landau. 313.
Epilepsie (Unverricht). 112.
Epispadie (Waldstein). **278.**
Erbrechen Schwangerer (Geoffroy). 428.
Ernennungen vid. Personalien.
Extrauterinschwangerschaft vid. Ectopische Schwangerschaft.

F.

Fibromyome des Uterus, Operative Behandlung der (Clarke) 419, (Ström) 528.
Foetus, durch ein amniotisches Band gefesselt (Amann jr.). 116.
Freund'sche Operation bei Krebs (Küstner). 106.
Frucht, Ascites der als Geburtshindernis (Ligeti). 631.
— Lage der, zur Gebärmutter und Placenta (Cameron). 426.
Fruchttod, Beziehungen zu den histologischen Veränderungen in der Placenta (v. Franqué). 86, 110.

G.

Gärtner'sche Gänge, Zur normalen und pathologischen Anatomie der (Klein). 118.
Gasblasen im Blut einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera (Dobbin). **375**
Gebärmutter, Abschnürung der bei chronischer Axendrehung einer Ovarialcyste (Wilson). 306.
— Agenesie der (Dürck). 651.
— Colpotomie bei Verlagerungen und Neubildungen der (Dührssen). 404.
— Consistenz und Elasticität der in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Sonntag). 424.
— G.-Drainage mit Catgut (Schmeltz). 424.
— Epithel der (L. Fraenkel). 443.
— Gangränöses Fibrom der (Rosner). 208.
— Operative Behandlung der Fibromyome der (Clarke) 419, (Ström) 528.
— Fremdkörper der (Neugebauer). Bz. bespr. von Sänger. 458.
— Beziehungen der Lage der Frucht zur (Cameron). 426.
— Uterus und Kind von der ersten Woche der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt (Leopold). Bz. bespr. von Sänger. 213.
— Schwangerschaft bei Uterus septus (Sigismund). **262.**
— Uteri duplices mit zwischengeschobenen Myomen (Pick). 446.
— Primäres Sarkom [Deciduom] der (Lewers). 548.
— Uterustuberkulose, Beitrag zur Kenntnis der (Walther). **1.**
Gebärmutterblutung (Stepkowski). 209.
Gebärmutterexstirpation (Mackenrodt). 107.
— Kolpotomie und (Doyen). 422.
— bei spontaner Uterusruptur (v. Mars). 547.

Gebärmutterexstirpation, abdominale mit intraperitonealer Stumpfbehandlung (Cripps). 120.
– abdominale G. des schwangeren myomatösen Uterus (Hacker). Bz. (Selbstbericht). 660.
vaginale vid. vaginale Operationen.
Gebärmutterkrebs (vid. auch Krebs, Behandlung des (Bäcker). 622.
– Behandlung des mit Chelidonium majus (Winter) 107, (Dolinski) 545.
Operative Methoden bei der Behandlung des (Gubaroff). 416.
Inoperabler am Ende der Schwangerschaft (Reismann). 448.
— Schwangerschaft und Geburt bei Collumcarcinom (Fehling). 434.
— Statistisches und Klinisches zum (Thorn). 432.
Gebärmutterpolyp (Brohl). 301.
Gebärmutterzerreissung (Doktor) 448, zwei Fälle von (Jurinka) **489.**
– im 6. Schwangerschaftsmonat (v. Jordan). 207.
– behandelt mit intraperitonealer Hysterectomie (Philipps). 658.
— Spontane G. sub partu, geheilt durch Exstirpatio uteri totalis (v. Mars). 547.
– Spontanruptur des schwangeren Uterus in der alten Kaiserschnittsnarbe (Woyer). **192.**
Geburt bei Collumcarcinom (Fehling) **434.**
— bei Paraplegie (Routh). 307.
– bei einer Zigeunerin (v. Mars). 545.
— Complication der mit eitrigen Entzündungen des weibl. Genitale (Hlawacek). **327.**
– Consistenz und Elasticität d. Uterus in der (Sonntag). 424.
– Einfluss acuter Infectionskrankheiten auf die (Jacub). 431.
– G.-Hindernis, verursacht durch Ascites der Frucht (Ligeti). 631.
– G.-Störung, nach Antefixierung des Uterus (Rühl). Bz. bespr. von Strassmann. 660.
Geburtshülfe in den Hippokratischen Schriften (Fasbender). Bz. bespr. von R. Landau. 313.
Gelenkrheumatismus, der chronische G. und seine Behandlung (Bäumler, v. Ott). 111.
Geschlechtsorgane, Genitalorgane vid. Sexualorgane.
Gesellschaftsberichte vid. Sitzungsberichte.
Gonorrhoe d. Scheide u. des Endometrium (Mihájlowits). 413.
Gravidität vid. Schwangerschaft.
Guajacol, Abort nach (Petrasco). 635.
Gynaekologie in den Hippokratischen Schriften (Fasbender), Bz. bespr. von R. Landau. 313.
— operative (Hegar-Kaltenbach), Bz. bespr. von v. Franqué. 449.

H.

Habilitationen vid. Personalien.
Haematocele peritubaria pseudocystica (Fischel). **178.**
Haemorrhoiden-Operationen (Sänger) 435.
Harnincontinenz (Rosner). 208.
Hebammenschule, die geburtshülfl. Poliklinik der H. in Pressburg (Pápai). 636.
Thätigkeit der i. Pressburg (v. Velits). 640.
– Thätigkeit der in Szegedin. 632.
Heiberg, N. für H. 556.
Herztod intra partum bei hochgradiger Kyphoscoliose d. Brustwirbelsäule (Brünings). **49**, 115.
Hicks, N. für H. 461.
Hinterscheitelbein-Einstellung, manuelle Rectification d. (Carbajal). 416.
Homosexualität bei einem Weibe (Looft). 526.
Hysterectomie vid. Gebärmutterexstirpation.
– vaginale vid. Vaginale Operationen.

I.

Icterus neonatorum (in Feis' Sb.). 392.
Infectionskrankheiten, Einfluss acuter auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Jacub). 431.
Influenza, Einfluss der auf d. weibl. Genitalien (Engel). 628.
Instrumente, Demonstration neuer. 98, 99, 100.
Intrauterin-Injectionen, Experimentelle Untersuchungen über (Döderlein). 104.
Inversio uteri (Neugebauer). 208.
— puerperalis completa (Solberg). 527.
– totale post partum (Czarkowski) 206, (Rapczewski). 208.

K.

Kaiserschnitt, Anlegung des Uterusschnittes bei (Everke). **45.**
– conservativer, mit glücklichem Ausgang f. Mutter u. Kind (Awtandiloff). **270.**
— conservativer, die verschiedenen Uterusschnittmethoden bei (Johannowski). **354.**
— u. Erweiterung seiner Indication bei engem Becken (Olshausen). 408.
– bei Osteomalacie (Dirner). 628.

Klinik, Bericht aus der Budapester (Bäcker). 624.
— Bericht aus der K. v. Chrobak, Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 549.
Koeliotomie, Entbindung ectopischer, lebensfähiger Früchte durch (Harris). **187.**
Kolpeurynter. Modification eines intrauterinen (Klien). 98.
Kolpotomie vid. Colpotomie.
Krebs (vid. auch Gebärmutterkrebs), Aetiologie und Pathogenese des (Schmeltz). 424.
— Freund'sche Operation bei (Küstner). 106.
— Frühsymptome des (Rosner). 546.
— Syncytialer (Kossmann). 439.
— Uebertragbarkeit des (Rosinski). 108.
Kreislauf, Entstehung des intravillösen (Leopold). 78.
Kyphoscoliose, Herztod intra partum bei hochgradiger K. d. Brustwirbelsäule (Brünings). **49.**
Kystom vid. Cystom.

L.

Laparotomie, combinirte Bauchdeckennaht nach (Rutschinsky). 427.
— L.-Fisteln (Veit). 437.
— Nachbehandlung bei (Bodon). 626.
— bei Peritonitis septica (Herzel). 630.
— secundäre (Noltschini). 421.
Leiomyoma submucosum (Pacauer). 636.
Lepra (Arning). 649.
Ligamentum latum, Phlebolithen am (A. Müller). 653.
Litteratur-Berichte.
— Die polnische geburtshülflich-gynaekologische [1896] (Neugebauer). 200.
— Die norwegische geburtshülflich-gynaekologische [1896] (Barth). 524.
— Die ungarische geburtshülflich-gynaekologische [1896] (S. Neumann). 618.
— Einige Gruppen französischer Arbeiten (Eiermann). 642.
Litteratur-Verzeichnis. 129, 219, 318, 463, 557, 666.
Lusk, N. für L. 218.
Lymphangioma cystoides als Geburtshindernis (Eberhart). **248**, 103.

M.

Medicinisches Institut f. Frauen. Tn. 556.
Melaena neonatorum. Aetiologie der (in Feis' Sb.) 388.
Metrorrhagie vid. Gebärmutterblutung.
Menstruation, vicariirende (Mihájlowits). 413.
Milchdrüse (Szabó). 639.
Müller'sche Gänge, Beziehungen der zu den Wolff'schen (Klein). **75.**
Muttermund, Discission des äusseren. Stzb. 544.
Myom des Dickdarms (Pfannenstiel). 101.
— an der hintern Muttermundslippe. (Klien). 114.
— multiple (Brohl) 302.
— und Ovarialtumor (Franz). 78.
— Adeno- und Cysto-M. der Scheide (v. Herff). 77.
— Fibro-M. d. Uterus, Operative Behandlung der (Clarke) 419, (Ström) 528.
— bei Uterusverdoppelung (Pick). **446.**
Myomectomie, Schwangerschaft und Geburt nach abdomineller (Woyer). **563.**
Myxodermoidcysten des Ovarium (Boursier und Monod). 413.

N.

Nabelerkrankungen der Neugeborenen (in Feis' Sb.). 380.
Nabelschnurbruch (in Feis' Sb.) 384.
Nekrologe vid. Personalien.
Neugeborene, Erkrankungen der ersten Lebenstage (Feis). Sb. 380.
— Verhältnis des Kopfes der zum Kopf der Mutter (Heckmann) Bz. bespr. v. Grosse. 126.
— Soorkrankheit bei (Grósz). 629.
Nucleïn-Behandlung bei Puerperalfieber (Frank). 303.

O.

Onanie bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen (Frommer). 629.
Osteomalacie, Diagnose und Therapie der (Latzko). **571.**
— Initialsymptome der (Rissmann). **609.**
— Kaiserschnitt bei (Dirner). 628.
— Phosphor bei (Korda). 631.
— Stoffwechselverhältnisse bei (S. Neumann). 632.
Ovarien vid. Eierstock.
Ovariinum siccum (Bodon). 627.
Ovariotomie, Behandlung der wahren und falschen Kapseln bei der (Doran). 658.

P.

Papillome, Riesen-P. d. weiblichen Genitalien ohne Gonorrhoe (Rona). 638.
Parametritis, Zur Behandlung der (Kugelmann). 446.

Paraplegie, Geburt bei (Routh). 307.
Pelviperitonitis, Colpotome und chirurgische Behandlung d. (Martin). 235.
Pemphigus neonatorum (in Feis' Sb.). 387.
Perforatorium (Favra). 416.
Peritoneum, Zur Diagnose der P.-Tuberkulose (Bulius). 102.
Peritonitis, Behandlung der von d. weiblichen Genitalien ausgehenden (v. Winckel). 411, (v. Winckel) Bz. bespr. von Martin. 456.
— Laparotomie bei septischer (Herzel). 630.
Personalien:
Ask. 556.
Braxton-Hicks. 461.
Bulius. 317.
Campione 219.
Coë. 557.
Deroubaix. 128.
Döderlein. 219.
Dohrn. 219.
Fehling 317.
Gessner. 128.
Glaevecke. 128.
Grusden 665.
Güterbock. 556.
Heiberg. 556.
v. Hofmann. 462.
Hueter. 665.
Kessler. 219.
Koblanck. 557.
Liebmann. 317.
Löhlein. 219.
Lusk. 218.
Maisonneuve. 128.
Meyer, L. 219.
Nyhoff. 665.
Oertel. 316.
Purefoy. 557.
Reismann. 219.
Rubeska. 317.
Ruge, P. 317, 462.
Sänger. 128.
Schottlaender. 128.
Schuchardt 128.
Sippel. 128.
Smith. 219.
Smyly. 557.
Tarnier. 665.
Valenta. 665.
Voss. 665.
Wertheim. 128.
Winter. 317.
Phantom, Verbesserung am geburtshülflichen (Bayer). 291.
Phlebolithen am Ligamentum latum (A. Müller). 653.
Placenta, Beziehungen der Lage der Frucht zur (Cameron). 426.
— Histologische Veränderungen in der und ihre Beziehungen zum Fruchttod (v. Franqué). 86, 110.
Placenta, P. u. ihre Eihüllen (von Herff). 437.
— Zur Lehre v. d. vorzeitigen Lösung der normal sitzenden (Gottschalk). 109.
— Pl. d. Nagetiere u. das Carcinoma syncytiale (Kossmann). 439.
— Pl. d. Raubtiere (Strahl). 438.
— Das embryonale Trophoblast bei d. Placentation (Hubrecht). 441.
Placenta praevia (Hofmeier). 79, (Schatz) 80.
— Behandlung der mit d. Ballon nach Champetier (Blacker). 211.
— 46 Fälle von (Platzer). 637.
— Statistisches über (Doranth), Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 550.
Placentargeschwülste (Niebergall). 475.
Placentarpolypen der Tube (L. Fraenkel). 445.
Pruritus vulvae (v. Mars). 541.
Puerperalfieber vid. Wochenbettfieber.
Puerperium vid. Wochenbett.
Pyosalpinx (Koetschau). 304.

R.

Resorptionscuren (Freund). 432.
Retrodeviatio uteri, Ein neues Verfahren in d. Behandlung der (Jonnesco). 427.
Retroflexio uteri (Schultze). 64, 67. (Olshausen). 66, 67.
— Klinische Bedeutung der (Theilhaber). 69.
— Symptome der (Winter). 68.
— Vaginale Operationsmethoden der (Dührssen). 69, (Baumm). 69.
Retroversio uteri (Schultze). 64, (Olshausen). 66.
— (Mikucki). 542.
Roentgen-Strahlen, Beckenphotographie und -messung mittelst (Pinard und Varnier). 414.

S.

Sacrale Operationen (Kiss). 630.
Sänger-Operation vid. Kaiserschnitt.
Scheide, Adeno- und Cystomyome der (v. Herff). 77.
— Agenesie der (Dürck). 651.
— Perforierende Zerreissung d. während d. Geburt (Everke). 428.
— Syncytialer Tumor der (Schmorl). 444.
Scheidendrüsen (v. Herff). 446.
Schwangerschaft (vid. auch Ectopische Schw. u. Tubenschw.).
— bei Collumcarcinom (Fehling). 434.
— Inoperables Uteruscarcinom am Ende der (Reismann). 448.

Schwangerschaft (vid. auch Ectopische Schw. u. Tubenschw.).
— Interstitielle (Kosminski). 546.
— Uterus von einer interstitiell entwickelten (Neugebauer). 76.
— im rudimentären Horn eines Uterus bicornis (Schramm) 77.
— bei Uterus septus (Sigismund). **262.**
— Complication der mit eitrigen Entzündungen d. weiblichen Genitale (Hlawacek). **327.**
— vorgetäuscht durch Ovarialkystom (Bogdanik). 206.
— Consistenz u. Elasticität d. Uterus in der (Sonntag). 424.
— Einfluss unter Infectionskrankheiten auf (Jacub). 429.
— Vereiterter Echinokokkus d. Leber in der (Mikucki). 543.
— 5 monatl. Schw. bei e. Zwergin mit rhachit. Skoliose (v. Jordan). 546.
— Erbrechen Schwangerer (Geoffroy). 428.
Schwangerschaftsnephritis, Darmblutung kurz vor der Geburt bei gleichzeitiger (Ehrendorfer). **369.**
Schwefelsäureausscheidung bei Wöchnerinnen (S. Neumann). 635.
Sclerema neonatorum (in Feis' Sb.). 387.
Sectio caesarea vid. Kaiserschnitt.
Semmelweis, Gedächtnisrede für S. (Zweifel). 63.
Serumtherapie (Freyhan) Sb. 292.
— bei Puerperalfieber (Bayer). 303, (Wallich, Pinard). 415.
Sexualorgane, Complication von Schwangerschaft und Geburt mit eitrigen Entzündungen der (Hlawacek). 327.
— Einfluss d. Influenza auf die (Engel). 628.
Sitzungsberichte:
Ungarischer Aerzteverein zu Budapest (Temesváry). 448.
Gesellsch. für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Köln. 301.
Gynaekologische Gesellschaft zu Krakau. 541.
Geburtshülfliche Gesellschaft zu London. 120, 210, 305, 547, 658.
Gynaekologische Gesellschaft zu München. 114, 651.
Soor (in Feis' Sb.). 386.
— bei Neugeborenen (Grósz). 629.
Steinkind (Schultze). 77.
Steisslage, Instrument zur Einführung einer Schlinge bei (Tsakiris). 428.
Sterilisations-Apparat (Klien). 98, (Menge). 99.
— für Catgut. (Krönig) 98.
Sterilität, Absichtliche (Lindner). 632.
Sterilitas hymenalis vulvalisque non gonorrhoica (Rode). 526.
Strangulation des ausgetragenen Kindes (Bonorden). **513.**
Symphysiotomie, Bericht über 4 (v. Jordan). 207.
— (Zweifel). **227.**
— (Frank). 304.
— (Varnier). 402.
Syncytium (Gebhard). 87.
Syncytium u. malignes Deciduom. 87.
— Carcinoma syncytiale (Kossmann). 439.
— Syncytialer Scheidentumor (Schmorl) 444.

T.

Teratome des Eierstocks, Histogenese der (Pfannenstiel). 95.
— foetale (E. Fraenkel). 115.
Tetanus neonatorum (in Feis' Sb.). 382.
Therapie, Experimentell begründete aetiologische (Behring). 113.
— Medicamentöse (Liebreich). 113.
Todesfälle vid. Personalien.
Tuben, Adenomartige Wucherungen der T.-Schleimhaut bei T.-Tuberkulose (Wolff) **497**, 103.
— Zur Diagnose der T.-Tuberkulose (Bulius). 102.
— Durchgängigkeit der (H. Schultz). 639.
— Placentarpolypen der (L. Fraenkel). 445.
Tubenschwangerschaft (vid. auch Ectopische Schwangerschaft).
— (Giles u. Maclean). 547.
— Fall von gestielter nebst Beitrag zur Operationsstatistik der (Rothschild), Bz. Selbstbericht. 127.
— Graviditas tubaria isthmica (Switalski). 543.
Tuberkulin R. (Strube) Sb. 615.
Tympania uteri u. Entleerung einer Echinokokkusblase durch d. puerperalen Uterus (Bonorden). **513.**
— Gasblasen im Blut einer nach T. gestorbenen Puerpera (Dobbin). **375.**

U.

Unterricht in d. Frauenheilkunde (Chrobak). Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 549.
—, Neue Hülfsmittel beim gynäkologischen (Winternitz). 98.
— Verbesserung am geburtshülfl. Phantom (Bayer). 291.
Untersuchungsmethoden. Aeussere (Leopold, Pinard). 407.
Ureter, U.-Einpflanzung in d. Blase auf abdominalem Wege (Amann jr.). 110.
Uterushornfistel, nach Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn (Schramm). 77.

Urethrocele, (Veit). 76.
Urinfisteln, complicirte (Freund). 431.
Uterinsegment, das untere, bei den ersten Wehen (Leopold). 78.
— (v. Franqué). 86.
Uterus vid. Gebärmutter.

V.

Vagina vid. Scheide.
Vaginale Operationen (vid. auch Colpotomie). (Kraków). 207.
— Indicationen u. Grenzen der (Baumann). 69, 104.
— Wege der (Döderlein). 104.
— V. Hysterektomie (Brandt). 524.
— V. Hysterektomie, eine einfache Methode der (v. Strauch). **187.**
— V. Hysterektomie, Entfernung von Adnextumoren mittelst (Segond). 647.
— V. Hysterektomie, acuter Decubitus nach (Segond). 646.
— V. Hysterektomie, Dünndarmfistel nach (Rydygier). 208.
V. Hysterektomie, im 7. Monat d. Schwangerschaft (Winter). 99.
Vaporisation (Sneguireff). 420.
Verweilkatheter, bei acutem Blasenkatarrh (H. Schultz). 638.

W.

Wendungsschlinge (Ziegenspeck). 98.
Winckel'sche Krankheit (in Feis' Sb.) 385.
Wöchnerinnen, Fürsorge für. Tn. 555.
Wochenbett, Consistenz und Elasticität des Uterus im (Sonntag). 424.
— Einfluss acuter Infectionskrankheiten auf das (Jacub). 431.
— Behandlung der Puerp.-Eklampsie (Dreier). 525.
— Puerperale Sterblichkeit in Norwegen (Vogt). 528.
— Schwefelsäureausscheidung u. Darmfäulnis bei Wöchnerinnen (S. Neumann). 635.
Wochenbettfieber, Nucleïn-Behandlung bei (Frank). 303
— Serumtherapie bei (Bayer, 303, (Wallich, Pinard). 415.
— Sterblichkeit an in England und Wales (Cullingworth) 210.
Wolff'sche Gänge, Beziehungen der Müller'schen zu den (Klein). 75.

Z.

Zangenoperationen, Prognose der (Küchel). Bz besp. von Grosse. 126.
— Studien über 115 Z. (Walla). 641.

Namen-Register.

Zeichen und Abkürzungen wie im Sach-Register: ferner Bsp. = Buchbesprechung, Stzb. = Sitzungsbericht, P. = Personalien.

A.

Abel, Narbenfestigkeit d. Bauchschnittwunde 97.
Abrahams, Geburt bei Paraplegie. 309.
Ahlfeld, Placenta praevia. 82.
Alexander, Ausstossung unversehrter Eihäute nach Resorption d. Embryo. 622.
Amann jr., Eierstockssarkom. 116.
— Foetus, durch e. amniotisches Band gefesselt. 116.
Ureteren-Einpflanzung in d. Blase auf abdominalem Wege. 110.
— Wolff'sche Gänge. 119.
Antouchevitsch, Erbrechen Schwangerer. 428.
Apostoli, Courant ondulatoire. 425.
Arndt, Nabelschnurbruch. 385.
Arning, Lepra. 649.
Ask, P. 556.
Awtandiloff, Conservativer Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter u. Kind. **270.**

B.

Backofen, Transplantation d. Ovarien. B. 536.
Bäcker, Gebärmutterkrebs. 622.
— Bericht aus d. Budapester Klinik. 624.
Bäumler, Gelenkrheumatismus. 111.
Baginsky, Tetanus neonatorum. **383.**
Banon, Icterus neonatorum. 393.
Baumgärtner, Celluloidringe. 75. **518.**
Baumm, Placenta praevia. 86.
— Vaginale Operationen. 69, 104.
Barth, Norwegische geburtshülfl.-gynaekol. Litteratur. B. 524.
Bayer, Verbesserung am geburtshülflichen Phantom. 291.
— Cervixfrage u. Placenta praevia. 81.
Bayer, Serumtherapie bei Puerperalfieber 303
Beaussenat, Ovarial-Cysten. 644
Behnke, Pemphigus neonatorum. 387.
Behring, Aetiologische Therapie. 113.
Berger, Nabelschnurbruch. 384.
Blacker, Placenta praevia. 211.

Bodon, Nachbehandlung bei Laparotomie. 626.
— Ovariinum siccum. 627.
Bogdanik, Schwangerschaft vorgetäuscht durch Ovarialkystom. 206.
Bonorden, Strangulation des ausgetragenen Kindes, Tympania uteri, Echinococcus. **513.**
Boursier, Myxodermoidcysten der Ovarien. 413.
Brandt, Vaginale Hysterectomie. 524.
Braun, Stieltorsion e. Ovarialkystoms. 543.
Brausewetter, Abortbehandlung. Sb. 529.
Breus, Nabelschnurbruch. 384.
Brohl, Multiple Myome. 302.
– Uteruspolyp. 301.
Brünings, Herztod intra partum bei hochgradiger Kyphoscoliose. **49.**
Bulius, Angiodystrophia ovarii, Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 217.
Syncytium u. malignes Deciduom. 89.
– Tuben- u. Peritonealtuberkulose. 102.
– P. 317.
Butler-Smythe, Behandlung der wahren u. falschen Kapseln bei Ovaritomie. 659.

C.

Cameron, Lage d. Frucht zur Gebärmutter u. Placenta. 426.
Campione, P. 219.
Carbajal, Hinterscheitelbein. Einstellung. 416.
Champneys. Abdominale Hysterectomie. 122.
Cholmogoroff, Secundäre Dammnaht. 429.
Chrestovich, Koeliotomie bei eitriger Peritonitis. 412.
Chrobak, Colpotomie. 106.
— Retroflexio uteri. 73.
— Bericht aus d. Klinik (Unterricht in d. Frauenheilkunde) Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 549.
Clarke, Fibromyome d. Uterus. 419.
Coe. P. 557.
Cripps, Abdominale Hysterectomie. 120.
Cullingworth, Abdominale Hysterectomie. 121.
– Behandlg. d. wahren u. falschen Kapseln bei Ovariotomie. 660.
— Sterblichkeit an Puerperalfieber. 210.
Czarkowski, Totale Uterusinversion. 206.
Czempin, Technik d. Chloroformnarkose. Bz. bespr. v. Ortweiler. 459.

D.

Deroubaix. P. 128.
Dietel, Melaena neonatorum. 391.
Dimante. Symphysiotomie. 404.
Dirner, Kaiserschnitt bei Osteomalacie. 628.
Dobbin, Gasblasen im Blut einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. **375.**
Doctor, Nabelerkrankungen. 381.
— Uterusruptur. 448.
Döderlein, Intrauterin - Injectionen. 104.
— Vaginale Operationswege. 104.
— P. 219.
Dohrn, P. 219.
Dolinski, Extract. chelidonii gegen Uteruscarcinom. 545.
Donat, VII. Congress d. Deutschen Gesellsch. f. Gynäkologie in Leipzig. B. 62.
Doran, Ausgetragene Bauchschwangerschaft. 307.
— Axendrehung einer Ovarialcyste. 306.
— Ovariotomie. 658.
Doranth, Placenta praevia. Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 550.
Doyen, Kolpotomie u. Totalexstirpation der Gebärmutter. 422.
Dreier, Puerperaleklampsie. 525.
Dührssen, Fibromyome d. Uterus. 420.
— Kolpotomie. 404, 406.
— Vaginale Operationsmethoden der Retroflexio uteri. 69.
Dürck, Agenesie d. Uterus u. d. Scheide. 651.
Durante, Blasenmole. 428.

E.

Eberhart, Lymphangioma cystoides als Geburtshindernis. **248,** 103.
Eden, Deciduoma malignum. 548.
Ehrendorfer, Darmblutung kurz vor der Geburt bei gleichzeitiger Schwangerschaftsnephritis. **369.**
– Nabelinfection. 380.
Eiermann, Einige französische Arbeiten. Sb. 642.
Elischer, Extrauterinschwangerschaft. 628.
— Myom des Dickdarms. 102.
— Retroflexio uteri. 72.
Engel, Einfluss der Influenza auf die weibl. Genitalien. 628.
Eröss, Nabelerkrankungen. 380.
Escherich, Tetanus neonatorum. 383.
Eulenburg, Basedow'sche Krankheit. 112.
Everke, Perforierende Scheidenzerreissung während der Geburt. 428. Uterusschnitt bei Sectio caesarea. **45.**

F.

Falk, Edm., Gebärmutterkrebs. 419.
— XII. International. Medic. Congr. in Moskau. Stzb. 402.
Falk, O., Im Uterus zurückgebliebene Decidua. **41.**

Fasbender, Entwicklungslehre, Geburtshülfe und Gynaekologie in d. Hippokratischen Schriften. Bz. bespr. v. R. Landau. 313.
Favra, Scheerenförmig. Perforatorium. 416.
Fehling, Colpotomie. 105.
— Schwangerschaft und Geburt bei Collumcarcinom. 434.
— Retroflexio uteri. 71.
— Syphilis. 448.
— P. 317.
Feis, Erkrankungen d. ersten Lebenstage. Sb. 380.
Finger, Colles'sches Gesetz u. Choc en retour. 446, 448.
Finkelstein, Haemorrhagische Diathese bei einem Neugeborenen. 391.
— Winckel'sche Krankheit. 385.
Firth, Tetanus neonatorum. 383.
Fischel, Haematocele peritubaria pseudocystica **178.**
Fraenkel, E., Tumoren des Chorionepithels. 654.
— Eierstocks-Sarkom. 116.
— Foetale Teratome. 115.
Fraenkel, L., Placentarpolypen der Tube. 445.
— Syncytialer Scheidentumor. 444.
— Uterus- und Chorionepithel. 87, 443.
Frank, Nucleïn-Behandlung bei Puerperalfieber. 303.
— Symphysiotomie. 304.
v. Franqué, Amnionanomalien. **86.**
— Bsp. Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. 449.
— Veränderungen der Placenta und Fruchttod. 86, 110.
— Unteres Uterinsegment. 86.
Franz, Myom u. Ovarialtumor. 78.
Freund, Complicierte Urinfisteln. 431.
— Resorptionscuren. 432.
Freyhan, Serumtherapie. Sb. 292.
Fritsch, Demonstration von Instrumenten. 100.
— Retroflexio uteri. 73.
Frommer, Onanie bei einem 2½jährigen Mädchen. 629.
Frouz, Tetanus neonatorum. 383.

G.

Gärtner, Melaena neonatorum. 388, 390.
Gebhard, Malignes Deciduom. 87.
Geoffroy, Erbrechen Schwangerer. 428.
Gessner, P. 128.
Giles, Tubenschwangerschaft. 547.
Glaevecke, P. 128.
Gossmann, Ballondilatation d. Cervix. 118.
— Myom d. hintern Muttermundslippe. 114.
Gottschalk, Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. 109.
— Syncytium. 89.
— Placenta praevia. 84.
Grigorieff, Transplantation d. Ovarien. 536.
Grosse, Bsp. Heckmann, Verhältniss d. Kopfes d. Neugeborenen z. dem d. Mutter. 126.
— Bsp. Küchel, Prognose d. Zangenoperationen. 126.
Grósz, Congenitale Diplegie bei e. aus Extrauterinschwangersch. stammenden Säugling. 630.
— Nabelbehandlung. 382.
— Soorendemie. 386.
— Soor bei Neugeborenen. 629.
Grusden, P. 665.
Gubaroff, Operative Methoden bei Gebärmutterkrebs. 416.
— Vaporisation. 420.
Guidi, Soor. 386.
Güterbock. P. 556.

H.

Hacker, Abdominale Totalexstirpation d. schwangern myomatösen Uterus. Bz. Selbstbericht. 662
Hallervorden, Arbeit u. Wille. Bz. bespr. v. Windscheid. 315.
Harris, Entbindung ectopischer lebensfähiger Früchte durch Koeliotomie. **137.**
Hecht, Nabelschnurbruch. 384.
Heckmann, Verhältniss d. Kopfes d. Neugeborenen zu dem d. Mutter. Bz. bespr. v. Grosse. 126.
Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. Bz. bespr. von v. Franqué. **449.**
Heiberg, N. für H. 556.
v. Herff, Adeno- u. Cystomyome d. Scheide. 77.
— Placenta u. ihre Eihüllen. 437.
— Placenta praevia. 86.
— Scheidendrüsen. 446.
— Spondylolisthetisches Becken. 78.
— Syncytium. 445.
— Uteruscarcinom. 434.
Hermann, Placenta praevia. 212.
Hermes, Nabelbehandlung. 382.
Herrgott, Melaena neonatorum. 390.
Herxheimer, Sclerodermie. 388.
Herzel, Laparotomie bei Peritonitis septica 630.
van Heukelom, Junges menschliches Ei. 442.
Hlawacek, Complication von Schwangerschaft u. Geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen Genitale. **327.**
Hicks, N. für H. 461.
Hochsinger. Colles'sches Gesetz u. Choc en retour. 447.

v. Hofmann, N. für H. 462.
Hofmeier, Placenta praevia. 79, 87.
Horrocks, Abdominale Hysterectomie. 121.
— Axendrehung einer Ovarialcyste. 306.
— Geburt bei Paraplegie. 309.
— Placenta praevia. 212.
— Tubenschwangerschaft. 548.
Hubrecht, Placentation. 441.
Hueter, V., — P. 665.

J.

Jacub, Einfluss acuter Infectionskrankheiten auf Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. 431.
Jayle, Castration. 643.
Johannovski, Uterusschnittmethoden bei d. conservativen Sectio caesarea. **354.**
Jonnesco. Vollständige abdominale Castration. 426.
— Retrodeviatio uteri. 427.
— Uterusruptur im 6. Schwangerschaftsmonat. 207.
v. Jordan, Küstner'scher Bauchschnitt. 544.
— 5monatliche Schwangerschaft bei Zwergin mit rhachit. Skoliose. 546.
— Symphysiotomie. 207.
Jurinka, Uterusruptur. **489.**

K.

Kehrer, Exstirpierter Encephalocelensack. 100.
— Retroflexio uteri. 71.
Keilmann, Nabelbehandlung. 381.
Kessler, P. 219.
Kiss, Sacrale Operationen. 630.
Klein, Gärtner'sche Gänge. 118.
— Beziehungen der Müller'schen zu den Wolff'schen Gängen. 75.
— Myom d. hinteren Muttermundslippe. 114, 115.
Klien, Kolpeurynter. 98.
— Myom der hinteren Muttermundslippe. 114.
— Sterilisationsapparat. 98.
Knauer, Transplantation d. Ovarien. 536.
Koblanck, P. 557.
Koetschau, Elephantiasis glabra labii. 303.
— Ovarialsarkom. 304.
— Pyosalpinx. 304.
Konkle, Melaena neonatorum. 390.
Korda, Osteomalacie. 631.
Kosminski, Interstitielle Schwangerschaft. 546.
Kossmann, Placenta d. Nagetiere u. Carcinoma syncytiale. 439.
— Syncytium. 445.
Krakow, Kolpokoeliotomie. 207.
Kretschmann, Bsp. Ploch, Das Giessener Dammschutzverfahren. 663.
Kretschmar, Angiodystrophia ovarii. Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 217.
Krönig, Sterilisation d. Catgut. 98.
Küchel, Prognose der Zangenoperationen. Bz. bespr. v. Grosse. 126.
Küstner, Colpotomie. 405.
— Demonstration neuer Instrumente. 99.
— Freund'sche Operation bei Carcinom. 106.
— Gebärmutterkrebs. 417.
— Placenta praevia. 83.
— Retroflexio uteri. 71.
— Symphysiotomie. 404.
Kugelmann, Parametritis. 446.
— Uteruscarcinom. 434.

L.

Landau, R., Bsp. Fasbender, Entwicklungslehre, Geburtshülfe und Gynaekologie in d. Hippokratischen Schriften. 313.
Langerhans, Melaena neonatorum. 391.
Latzko. Osteomalacie. **571.**
Leopold, Aeussere Untersuchungsmethoden. 407.
— Intravillöser Kreislauf. 78.
— Retroflexio uteri. 72.
— Sectio caesarea. 409.
— Unteres Uterinsegment und Entfaltung d. Collum bei den ersten Wehen. 78.
— Uterus und Kind von der ersten Woche der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt. Bz. bespr. v. Sänger. 213.
Lewers, Primäres Sarcoma corporis uteri. 548.
Liebmann, P. 317.
Liebreich, Medicamentöse Therapie. 113.
Ligeti, Ascites der Frucht als Geburtshindernis. 639.
— Normale u. tubo-uterine Schwangerschaft. 639.
Lindner, Absichtliche Sterilität. 632.
Liszt, Ruptura centralis perinei. 632.
Ljwow, Nabelbehandlung 382.
Löhlein, Retroflexio uteri. 71.
— P. 219.
Looft, Homosexualität. 526.
Lorauchet, Melaena neonatorum. 390.
Ludwig. Geburten b. engem Becken. Bz. bespr. v. Rosenthal. 551.
Lusk. N. für 218.

M.

Mackenrodt, Exstirpatio uteri. 107.
— Retroflexio uteri. 72.
Maclean, Tubenschwangerschaft. 547.
Maisonneuve, P. 128.
Mann, Die Hebammenschule z. Szegedin. 632.

Marjantschick, Nabelschnurbruch. 384.
v. Mars, Discission d. äusseren Muttermundes. 544.
— Geburt bei einer Zigeunerin. 545.
— Pruritus vulvae. 541.
— Uterusruptur, Totalexstirpation. 547.
Martin, Colpotomie. 105, 407.
— Colpotomie u. chirurg. Behandlung d. Pelviperitonitis. **235.**
— Colpotomie u. Totalexstirpation d. Gebärmutter. 423.
— VII. Gynäkologen-Congress in Leipzig. Allgemeiner Bericht. 122.
— XII. Internationaler Medicinischer Congress in Moskau. Allgemeiner Bericht. 310, 396.
— Retroflexio uteri. 72.
— Bsp. v. Winckel, Behandlg. d. von d. weibl. Genit. ausgehenden Entzündungen d. Bauchfells u. d. benachbarten Zellgewebes. 456.
Meinert, Retroflexio uteri. 72.
Menge, Dampfsterilisator. 99.
Meyer, L., P. 219.
Meredith, Abdominale Hysterectomie. 122.
Mikájlowits, Gonorrhoe d. Scheide u. des Endometrium. 413.
— vicariirende Menstruation. 413.
Morgan, Melaena neonatorum. 391.
Mott, Geburt bei Paraplegie. 308.
Müller, A., Colpeuryse u. Ballondilatation d. Cervix. 116.
— Phlebolithen am Lig. latum. 653.
Müller, Melaena neonatorum. 391.

N.

Nedorodoff, Heilung d. Extrauterinschwangerschaft mittelst Elektricität. 429.
Neugebauer, Demonstrationen: Uterus aus interstitieller Schwangerschaft; extrauterin entwickelter Foetus; Blasenstein. 76
— Fremdkörper d. Uterus. Bz. bespr. v. Sänger. 458.
— Heterosexuelle Behaarung. 207.
— Inversio uteri. 208.
— Retroflexio uteri. 74.
— Polnische geburtshülflich-gynäkol. Litteratur. B. 200.
Neumann, H., Melaena neonatorum 390.
Neumann, J., Blasenmolen und malignes Deciduom. **17, 157.**
— Syncytium. 445.
Neumann, S., Gynäkol. u. geburtshülfl. Arbeiten in Ungarn aus d. Jahre 1896. Sb. 618.
— Schwefelsäureausscheidung u. Darmfäulnis bei Wöchnerinnen. 635.
Neumann, S., Stoffwechselverhältnisse bei Osteomalacie. 632.
Niebergall, Placentargeschwülste. **475.**
Nitot, Bromdämpfe gegen Endometritis. 414.
Noltschini, Secundäre Laparotomie. 421.
Nyhoff, P. 665.

O

Oertel, P. 316.
Olshausen, Colpotomie. 105, 406.
— Fibromyome d. Uterus. 420.
— Gebärmutterkrebs. 418.
— Retroversio u. Retroflexio uteri. 66, 67, 75.
— Sectio caesarea. 408.
Orthmann, Corpus luteum. 94.
Ortweiler, Bsp., Czempin, Technik d. Chloroformnarkose. 459.
v. Ott, Fibromyome d. Uterus. 419.
— Gebärmutterkrebs. 418.
— Gelenkrheumatismus. 111.
— Chirurg Behandlung d. allgemeinen Peritonitis. 413.
— Sectio caesarea. 409.
— Untersuchungsmethoden. 408.

P.

Pacauer, Leiomyoma submucosum. 636.
Pápai, Geburtshülfl. Poliklinik der Hebammenschule zu Pressburg. 636.
Papiewski, Tetanus neonatorum. 383.
Paul, Nabelbehandlung. 382.
Päppelmann, Nabelschnurbruch. 384.
Peters, pathologische Coelomepitheleinstülpungen. 82.
— Junges menschliches Ei. 442.
Petrasco, Abort nach Guajocol. 636.
Pfannenstiel, Adenomyome des Genitalstranges. 78.
— Colpotomie. 105.
— Dermoidcysten und Teratome des Eierstocks. 95
— Myome des Dickdarms. 101.
— Retroflexio uteri. 74.
Philipps, Uterusruptur. 658.
Pichevin, Colpotomie. 406.
— Chirurg. Behandlung d. allgemeinen Peritonitis. 412.
Pick, Blasenmole. 444.
— Syncytium. 445.
— Uteri duplices m. zwischengeschob. Myomen 446.
Pinard, Beckenphotographie und -messung mittelst X-Strahlen. 414.
— Serumtherapie bei Puerperalinfection. 415.
— Untersuchungsmethoden. 408.
Platzer, Placenta praevia. 637.
Ploch, Das Giessener Dammschutzverfahren. Bz. bespr. v. Kretschmann. 663.

Pozzi, Ovarial-Cysten. 644.
— Resection und Ignipunktur der Ovarien. 642.
v. Preuschen, Melaena neonatorum. 389.
Purefoy, P. 557.

Q.

Quisling, Icterus neonatorum. 392.

R.

Rapczewski, Inversio uteri totalis. 208.
Ratschinsky, Bauchdeckennaht nach Laparotomie. 427.
Reissmann, Ektopische Schwangerschaft. 638.
— P. 219.
Rissmann, Osteomalacie. **609.**
Roesing, Nabelerkrankungen. 381.
Rona, Riesenpapillome der weiblichen Genitalien ohne Gonorrhoe. 638.
Rosenthal, P. F., Bsp. Bulius und Kretschmar, Angiodystrophia ovarii. 217.
— Bsp., Chrobak, Bericht aus der Klinik. 549.
Rosinsky, Colles'sches Gesetz und Choc en retour. 447.
— Uebertragbarkeit des Krebses. 108.
Rosner, Carcinomfrühsymptome. 546.
— Deciduom 542.
— Gangränöses Uterusfibrom. 208.
— Harnincontinenz. 208
— Stieltorsion e. Ovarialkystoms. 543.
Rossier, Extrauterinschwangerschaft. 109.
Rossiter, Melaena neonatorum. 391.
v. Rosthorn, Retroflexio uteri. 73.
— Anatomie d. Beckenbindegewebes. 91.
— Corpus luteum-Abscesse. 100.
— Colpotomie. 106.
Rothschild, Tubenschwangerschaft. (Selbstbericht) 127.
Routh, Geburt bei Paraplegie. 307.
Rubeska, P. 317.
Rühl, Geburtsstörungen nach Antefixierung des Uterus. Bz. bespr. v. Strassmann. 660.
Ruge, C., Placenta praevia. 85.
Ruge, P., P. 317, 462.
Rydygier, Dünndarmfistel nach vaginaler Uterusexstirpation. 208.

S.

Sachs, Uterusinversion. 209.
Sänger, Colloid-Kystom, multiloculäres. 101.
— Haemorrhoiden-Operationen. 435.
— Syncytium u. malignes Deciduom. 88.
— Uteruscarcinom. 434.
— Bsp., Leopold, Uterus u. Kind. 213.
— Bsp., Neugebauer, Fremdkörper des Uterus. 458.
— P. 128.
Savor, Antistreptokokkenserum, Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 550.
— Geburten bei engem Becken. Bz. bespr. v. P. F. Rosenthal. 551.
Schatz, Exstirpierter Encephalocelensack. 100.
— Placenta praevia. 80.
— Retroflexio uteri. 74.
Schiff, Icterus neonatorum. 392.
Schliep, Nabelbehandlung. 382.
Schmeltz, Carcinom. 424.
— Uterusdrainage mit Catgut. 424.
Schmidt, Icterus neonatorum. 392.
— Sclerema neonatorum. 388.
— Syncytium. 444.
Schmorl, Syncytialer Scheidentumor. 444.
Schottländer, P. 128.
Schrader, Nabelerkrankungen. 380.
Schramm, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis. Ureter-Uterushornfistel. 77.
Sreiber, Icterus neonatorum. 393.
Schuchardt, P. 128.
Schultz, H., Durchgängigkeit d. Eileiter. 639.
— Verweilkatheter bei acutem Blasenkatarrh. 638.
Schultze, Retroversio und Retroflexio uteri. 64, 67, 75.
— Steinkind. 77.
Segond, Adnex-Tumoren, durch vaginale Hysterektomie entfernt. 647.
— Decubitus als Complication vaginaler Hysterektomie. 646.
Sellheim, Topographie d. Beckenciterungen. 92.
Sommelweis, Gedächtnisrede für S. zur Eröffnung d. VII. Gynaekologen-Congr. (Zweifel) 63.
Sigismund, Schwangerschaft b. Uterus septus. **262.**
Simmonds, Melaena neonatorum. 391.
Sippel, P. 128.
Skutsch, Abort. 95.
Smith, P. 219.
Smyly, P. 557.
Sneguireff, Vaporisation. 420.
Solberg, Inversio uteri puerperalis. 527.
Somma, Sclerema neonatorum. 387.
Sonntag, Consistenz und Elasticität des Uterus. 424.
Spencer, Behandlung der wahren und falschen Kapseln bei Ovariotomie. 659.
— Placenta praevia. 212.
Stankiewicz, verschluckte Haarnadel aus d. Bauchhöhle extrahiert. 209.
Staub, Pemphigus neonatorum 387.
Stefanesco, Tetanus neonatorum. 383.
Stepkowski, Metrorrhagie. 209.
Stevenson, Melaena neonatorum. 391.

Strahl, Placenta der Raubtiere. 438.
Strassmann, Bsp, Rühl, Geburtsstörungen nach Antefixierung des Uterus. 660.
v. Strauch, Uterusexstirpation per vaginam. **187.**
Ström, Fibromyome des Uterus. 528.
Strube, XV. Congr. f. inn. Medicin. Stzb. 111.
— Tuberkulin R. Sb. 615.
Stumpf, Künstliche Frühgeburt. 118.
— Missbildungen der Genitalien. 653.
— Myom d. hinteren Muttermundslippe. 115.
Switalski. Anencephalus. 546.
— Graviditas extrauterina tubaria isthmica. 543.
— Küstner'scher Bauchschnitt. 514.
— Retroversio uteri. 542.
— Stieltorsion e Ovarialkystoms. 543.
Szabó, Milchdrüse. 639.

T.

Tarnier, P. 665.
Taylor, Ausgetragene Bauchschwangerschaft. 306.
Temesváry, Ammenfrage. 640.
— Ungarischer Aerzteverein zu Budapest. Stzb. 448.
Theilhaber, Ballondilatation des Cervix. 117.
— Herztod intra partum. 115.
— Retroflexio uteri. 69.
Thorn, Carcinoma uteri. 432.
La Torre, Classification d. anormalen Becken. 410.
— Symphysiotomie. 404.
— Untersuchungsmethoden. 408.
Trautenroth, Pemphigus neonatorum. 387.
Tsakiris, Instrument z. Schlingeneinführung bei Steisslage. 428.
Turner, Tetanus neonatorum. 383.

U.

Unverricht, Epilepsie. 112.

V.

Valenta, E. v. Marchthurm. P. 665.
Varnier, Beckenphotographie und -messung mittelst X-Strahlen. 414.
— Symphysiotomie. 402.
Vedeler, Spondylolisthetisches Becken. 528.
Veit, Laparotomiefisteln. 437.
— Retroflexio uteri. 70.
— Syncytialer Scheidentumor. 444.
— Urethrocele. 76.
— Uteruscarcinom. 434.
v. Velits, Hebammenschule zu Pressburg. 640.
Virchow, Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Tn. 557.
Vogt, Puerperale Sterblichkeit in Norwegen. 528.
Voss, P. 665.

W.

Waldstein, Bauch- u. Beckenspalte, Epispadie u. Ectopia vesicae. **278.**
Walla, Zangenoperationen. 641.
Wallich, Serumtherapie bei Puerperalinfection. 415.
Walther, Uterustuberkulose. **1.**
Weinstein, Serumtherapie bei Puerperalinfection. 416.
Werth, Retroflexio uteri. 70.
Wertheim, Colpotomie. 106.
— Retroflexio uteri. 70.
— P. 128.
Wiedow, Beckendemonstration. 100.
— Retroflexio uteri. 74.
Wille, 69. Naturforscherversammlung in Braunschweig. Stzb. 431.
Wilson, Axendrehung einer Ovarialcyste. 306.
Windscheid, Bsp. Hallervorden, Arbeit u. Wille. 315.
v. Winckel, Chirurg. Behandlg. d. allgem. Peritonitis. **411.**
— Behandlg. d. von d. weibl. Genit. ausgehenden Entzündungen des Bauchfells u. des Zellgewebes. Bz. bespr. v. Martin. 456.
Winter, Chelidonium majus bei Uteruskrebs. 107.
— Exstirpierter Encephalocelensack. 100.
— Retroflexio uteri. 68.
— Vaginale Uterusexstirpation im 7. Schwangerschaftsmonat. 99.
— P. 317.
Winternitz, Neue Hülfsmittel beim gynäkol. Unterricht. 98.
Wolczynski, Winckel'sche Krankheit. 385.
Wolff, Tubentuberkulose. 103, **497.**
Woyer, Spontanruptur d. schwangern Uterus in d. alten Kaiserschnittsnarbe. **192.**
— Schwangerschaft u. Geburt nach abdomineller Myomectomie. **563.**

Z.

Ziegenspeck, Kornzange als Universalinstrument. 98.
— Wendungsschlinge. 98.
Zweifel, Colpotomie. 406.
— Eröffnungsrede z. VII. Gynäkol.-Congr. 63.
— Sectio caesarea. 410.
— Symphysiotomie. **227.**

Originalarbeiten.

I.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik in Giessen.)

Beitrag zur Kenntniss der Uterustuberculose.

Von

H. WALTHER-Giessen.

(Mit 3 Abbildungen.)

Wenn ich im Folgenden über einige Beobachtungen von Uterustuberculose berichte, so bestimmt mich dazu einerseits die Seltenheit dieser Affektion, andererseits der Umstand, dass ich dieselbe an der Lebenden zu diagnosticiren Gelegenheit hatte.

Obwohl schon lange bekannt, so ist doch die Tuberculose des Uterus wie des weiblichen Genitaltractus überhaupt, erst während der letzten 10 Jahre Gegenstand eingehender Studien geworden, ganz besonders, seit Hegar[1]) in seiner bekannten Monographie auf die klinische Bedeutung der Genitaltuberkulose hingewiesen hatte. Mehr Beachtung hatte man seitdem der Tuberculose der Tuben wie des Peritonaeum geschenkt, so dass man über die klinische Bedeutung derselben wie das anatomische Verhalten ein ziemlich abschliessendes Urteil gewonnen hat; ihr gegenüber wurde jedoch, eigentlich ohne Grund, die Tuberculose des Uterus mehr in den Hintergrund gedrängt, vielleicht weil man sie im Allgemeinen für seltener hielt, und noch hält und die meisten bis jetzt beobachteten Fälle entweder erst nach der Obduktion oder an dem durch Operation gewonnenen Material zufällig entdeckt wurden. Gerade über das primäre Auftreten der Uterustuberculose, insbesondere das anatomische Verhalten der Anfangsstadien fehlen daher noch einheitliche Gesichtspunkte. Ich glaube insofern mit den folgenden Beobachtungen einen kleinen Beitrag zu dieser Frage liefern zu können und hoffe, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf diese, wie mir scheint,

[1]) Hegar, Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberkulose des Weibes, Stuttgart 1886.

nicht so enorm seltene Erkrankung lenken zu dürfen, zumal mir die einschlägigen Fälle in kurzer Zeit nacheinander begegneten.

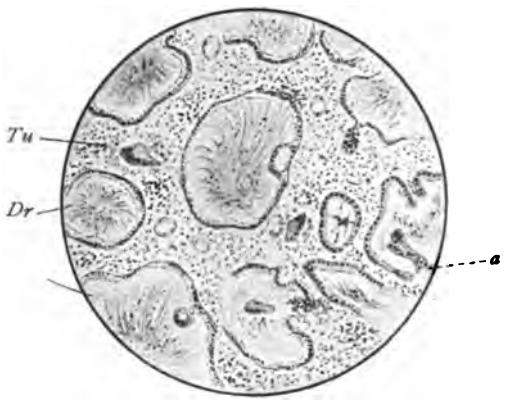


Fig. 1.

Uterusschleimhaut (Fall I) mit schwacher Vergrösserung. Dr. die zahlreichen erweiterten und unregelmässig gestalteten Drüsen, zum Teil in Retentionscysten umgewandelt. Dieselben zeigen stellenweise intaktes Epithel, an anderen Stellen (bei a) jedoch eine deutliche Abplattung und Vakuolisirung derselben; innerhalb der Drüsen befindet sich eine Schleimgerinnungsmasse nebst körnigem Detritus. Tu = die im infiltrirten Zwischengewebe befindlichen Tuberkelherde, welche sich bei der im Uebrigen scharfen Hämateinalaunfärbung durch blasseres Aussehen auszeichnen. An mehreren Stellen deutliche Riesenzellen.

Der erste Fall betraf ein 26jähriges Dienstmädchen, welches mich im Juni 1896 wegen zeitweiliger Schmerzanfälle, sowie irregulärer blutig schleimiger Abgänge konsultirte. Während früher lange Zeit Amenorrhoe bestanden hatte, traten die ersten Menses erst mit 20 Jahren ein. Ein Jahr später machte Patientin eine normale Entbindung durch; das Kind soll etwa $^3/_4$ Jahre darnach an unbekannter Ursache verstorben sein. Später behauptete Patientin nun ganz gesund ge-

Fig. 2

Fig. 2 zeigt (aus Fig. 1) die Stelle bei a in starker Vergrösserung. Die Epithelien sind deutlich abgeplattet, zum Teil eine protoplasmaartige Masse nebst einzelnen Kernen darstellend; an zahlreichen Stellen reichliche Vacuolenbildung; zwischen den Epithelien befinden sich an mehreren Stellen Schleim- und Eiterkörperchen.

wesen zu sein, allerdings stellten sich Irregularitäten der Menses (zeitweise Amenorrhoe) ein, jedoch erst seit $^1/_4$ Jahr sollen die jetzigen Beschwerden bestehen. Der Affektion war von Seiten ihres behandelnden Arztes bis jetzt keine rechte Beachtung beigelegt worden, so dass sie weitere

Hilfe aufsuchte. Patientin stammt aus gesunder Familie und giebt an, auch in ihren früheren Jahren niemals ernstlich krank gewesen zu sein.

Abgesehen von einer im Ganzen schwächlichen Entwicklung fiel mir bei der Besichtigung und äusseren Untersuchung nichts Besonderes auf: Abdomen nicht aufgetrieben, allenthalben tympanitischer Schall, nirgends Druckempfindlichkeit. Mit Rücksicht auf die angegebenen Klagen glaubte ich eine besonders genaue interne Exploration und Speculierung vornehmen zu müssen: gerade bei der letzteren schien zuerst nur eine, den äusseren Muttermund circulär umsäumende, auf Berührung leicht blutende Erosion beachtenswert, ähnlich dem so häufigen Befund eines Erosionssaumes bei Retroversio uteri. Nach Abwischen des glasigen, etwas an Perlgerste erinnernden, festhaftenden Schleimes ätzte ich, da ich die Hauptquelle der blutigschleimigen Absonderung in die Erosion verlegte, mit 10proc. Ferripyrinlösung, welche ich (seit der Empfehlung Schäffer's[1]) bisher bei Erosionen stets mit gutem Erfolge benutzte. Der Uterus hatte im Uebrigen eine normale Lage: die Anhänge erschienen, auch per rectum befühlt, nicht verändert. Im Allgemeinbefinden wurde nicht weiter über eine Störung geklagt.

Fig. 3 zeigt bei mittelstarker Vergrösserung die papillenartigen Vorsprünge des Epithels, sowie die Cysten- (bez. Vakuolen-) bildung innerhalb desselben; die Blutgefässe (b) sind erweitert und zeigen auffallend hohe Endothelzellen.

Fig. 3

Als Patientin nach einigen Tagen wiederkam, war neben dem äusserst zähen glasigen Schleim bei der Speculierung auffallend, dass bei Berührung des nur 3—4 mm breiten Erosionssaumes es wiederum ziemlich stark blutete. Die Quelle der Blutung war demnach wirklich in der Erosion zu suchen; ich riet daher der Patientin, da ich immerhin an eine verdächtige Erosion, vielleicht sogar beginnende maligne Neubildung dachte, zur Aufnahme in die Frauenklinik.

Herr Professor Löhlein gestattete mir in liberalster Weise hier die Weiterbehandlung der Patientin, wofür ich ihm an dieser Stelle meinen Dank abstatte.

Nach einer genauen Untersuchung in Narcose excidirte ich nun ein Stückchen der erodirten hinteren Muttermundslippe behufs genauer mikroskopischer Untersuchung, curettirte aber wegen der irregulären Menses zu sie nicht durch Auswässern von demselben trennen konnte und daher mit demselben zugleich in 5proc. Formallösung fixirte; zudem bildeten sie keine grösseren zusammenhängende Stücke.

---

[1]) Schäffer. Centr. f. Gyn. 1896, No. 2 und Münch. med. Woch. 1895, No. 53.

Der Erfolg der Abrasio war ein ganz auffallender: Die seither zu schwachen und unregelmässig auftretenden Menses stellten sich seitdem, wie ich jetzt nach reichlich neun Monaten des Oefteren kontroliren konnte, regulär alle vier Wochen in normaler Stärke ein; der schleimige Ausfluss hat vollkommen nachgelassen. Das kleine Ulcus der vorderen Lippe, das ich noch mehrmals mit Ferripyrin touchirte, ist nach dieser Behandlung, das der hinteren Lippe nach der Excision vollkommen glatt verheilt; auch jetzt ist, wie ich vor Kurzem wieder durch die Untersuchung konstatiren gleicher Zeit die Corpusschleimhaut, um auch diese einer genauen mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen. Die ausgeschabten Schleimhautstücke waren mit einem äusserst zähen Schleim so innig vermengt, dass ich in der Narbe nichts Krankhaftes mehr sehen konnte. Tuben und Ovarien sind auch jetzt, ebenso wie bei der in Narkose per vaginam wie vor Allem per rectum vorgenommenen Abtastung als unverändert anzusehen (soweit wir uns durch diesen Palpationsbefund ein sicheres Urteil über das Verhalten der Anhänge, besonders der Tuben gestatten dürfen!).

Wie die allgemeine Untersuchung, insbesondere diejenige der Lungen (welche des Oefteren durch Herrn Kollegen Sticker auf der inneren Klinik kontrolirt wurde) ergab, ist auch hier kein Anhaltspunkt für eine tiefere, etwa tuberculöse Erkrankung gegeben.

Um so auffallender war daher der mikroskopische Befund, welchen ich sowohl an dem excidirten Erosionssaum als auch der abradirten Schleimhaut erhielt[1]):

An der Schleimhaut der Portio finden sich neben stellenweise wohl erhaltenem Plattenepithel ein typisches Ulcus ohne Epithelbedeckung und im Gewebe allenthalben zerstreut, reichlicher nahe der Oberfläche, in der Tiefe mehr vereinzelt, typische miliare Tuberkel mit den charakteristischen Kennzeichen: Langhans'sche Riesenzellen mit wandständigen Kernen, epithelioide Zellen in feinem netzförmigen Gewebe und Granulationszellen in der Umgebung, besonders deutlich bei der bekannten Hämatoxylin-Eosinfärbung. Die cervicalen Drüsen unterhalb der Epitheldecke sind zu Retentionscysten umgewandelt, wie überhaupt das Gewebe der Portio folliculär entartet erscheint. Die Retentionscysten sind mit hohem typischen Cervixepithel ausgekleidet und enthalten eine zähe Schleimmasse; da, wo von der Schleimmasse oder von Seiten der umgebenden Tuberkel des Zwischengewebes ein Druck sich äusserte, erscheinen jedoch die Drüsenepithelien erheblich niedriger und sogar abgeplattet, so dass wir schliesslich statt ihrer eine Protoplasmamasse mit vereinzelten Kernen vorfinden, dazwischen eingestreut einige grosse Leukocyten. Die erwähnten Tuberkelknötchen zeigen übrigens nirgends degenerative Vorgänge, Zerfall, nur eben eine Verkäsung im Beginne. Mehrfache Untersuchungen der Schnitte auf Tuberkelbacillen fielen negativ aus; leider versäumte ich es, bei der ersten Exploration den der Erosion anhaftenden Schleim auf Tuberkelbacillen zu untersuchen bez. Impfversuche anzustellen.

Erschien durch dieses Ergebniss die Annahme eines tuberkulösen Geschwüres der Portio berechtigt, so überraschte der

---

[1]) Die Untersuchungen nahm ich im pathologischen Institut dahier vor; für die Ueberlassung der Einrichtungen desselben bin ich Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Bostroem zu Danke verpflichtet.

Untersuchungsbefund der Corpusschleimhaut, welche im Uebrigen bei Probeexcisionen durchaus nicht immer mit untersucht zu werden pflegt (bei verdächtiger Erosion jedoch stets mit in den Bereich der mikroskopischen Untersuchung gezogen werden sollte!):

Allenthalben finden sich an der Corpusschleimhaut eingreifende Veränderungen; war schon makroskopisch der Zusammenhang durch die massenhafte Schleimproduktion gelockert, so erklärte sich dies mikroskopisch durch die Umwandlung der Drüsen in langgezogene oder auch gleichmässig erweiterte, an Zahl jedenfalls vermehrte Drüsenräume, welche einen zähen, festgeronnenen streifigen Schleim in sich bergen. Das Drüsenepithel ist zum Teil wohl erhalten; im interstitiellen Gewebe, welches ausserordentlich gelockert und an einzelnen Stellen durch ausgesprochene numerische Zunahme des Drüsenkörpers stark rareficiert erscheint, finden sich aber auch hier zahlreiche typische Riesenzellen nebst epithelioiden Zellen in der Umgebung; allerdings ist hier die Knötchenbildung, wie sie an der Portio in so typischer Weise mit überzeugender Deutlichkeit zu Tage trat, nicht vorhanden, höchstens an vereinzelten Stellen. Aber auch die Epithelien zeigen bei genauer Betrachtung Veränderungen, insofern sie, wie Serienschnitte bewiesen, mehrschichtig und an anderen Stellen nach Art papillenartiger Vorsprünge auftreten; an anderen Stellen finden sich deutliche Desquamationsvorgänge und auch hier, wohl auch durch Druckwirkung veranlasst, beträchtliche Abplattung und Cystenbildung, die letztere, wie es scheint, durch schleimige Degeneration des Epithels bedingt. Die Färbung auf Tuberkelbacillen ergab auch hier ein negatives Resultat — einzelne, anscheinend recht gelungene Präparate erschienen mir zu unsicher, als dass ich sie verwerten möchte.

Trotzdem bin ich geneigt, um den Skepticismus nicht auf die Spitze zu treiben, im vorliegenden Falle neben einer Tuberculose der Portio auch eine solche der Corpusschleimhaut anzunehmen, und zwar bezüglich letzterer eine solche im Anfangsstadium, die sich anatomisch präsentirt als eine ausgesprochene glanduläre hyperplastische Endometritis mit reichlicher Schleimproduktion und Tuberkelbildung im interstitiellen Gewebe. Dabei macht es den Anschein, als sei eine offenbar schon vorher bestandene glanduläre Endometritis unter dem Einflusse der tuberculösen Infection in ganz erheblichem Masse gesteigert worden, allerdings einhergehend mit, wie mir scheint, ziemlich typischen Veränderungen der Drüsenepithelien.

Unter Ausschluss anderweitiger tuberculöser Erkrankungen möchte ich daher für diesen Fall eine vielleicht primäre tuberculöse Erkrankung des Uterus annehmen; wo allerdings hier der primäre Ort der Erkrankung zu suchen ist, ob an der Portio oder in der Corpusschleimhaut, ist nach dem Untersuchungsergebniss nicht ganz einwandfrei zu entscheiden und liess ferner auch eine wiederholte Untersuchung der Anhänge diese, insbe-

sondere die Tuben, intakt erscheinen, so muss ich allerdings gestehen, dass wir eine latente Tubentuberculose, besonders der Schleimhaut, durch unsere bis jetzt bekannten Untersuchungsmethoden nicht mit Sicherheit ausschliessen können, so dass ich nur mit Wahrscheinlichkeit eine primäre Tuberculose des Uterus annehme; da ich ferner ein Weiterkriechen des tuberculösen Processes nach oben, mit Uebersprungen der Cervixschleimhaut, für zu gewagt halte, so bin ich geneigt, die primäre Erkrankung in die Corpusschleimhaut zu verlegen und bei dem descendirenden Charakter der Uterustuberculose die Portio als in zweiter Linie befallen anzusehen. Betonen möchte ich noch, dass bei einer etwa doch vorhanden gewesenen latenten Tuben-Tuberculose in der jetzt verflossenen Beobachtungszeit (9 Monate!) sich nun handgreiflichere Veränderungen der Tuben gezeigt haben würden.

Der Zufall wollte es, dass ich einige Wochen später abermals eine tuberculöse Erkrankung der Corpusschleimhaut durch die sofortige mikroskopische Untersuchung der ausgekratzten Corpusschleimhaut nachweisen konnte; ein Zufall, sage ich, richtiger gesagt, vielleicht der Umstand, dass ich principiell jede curettirte Schleimhaut mikroskopisch untersuche, und dies ist meines Erachtens der einzige Weg, über die Häufigkeit dieser wie anderer Erkrankungsformen des Endometrium ein Urtheil zu gewinnen. In diesem zweiten Falle handelte es sich meines Erachtens jedoch zweifellos um eine secundäre Uterustuberculose, da die Patientin an einer offenbar schon längere Zeit bestehenden linksseitigen Spitzenaffection litt. Patientin blutete im Anschluss an das letzte, vierte Wochenbett nun andauernd vier Wochen lang; es wurde aus diesem Grunde auf der Klinik die Ausschabung des Uterus vorgenommen. Die mir zur Untersuchung übergebene Schleimhaut bot auch hier das typische Bild der glandulären Hyperplasie mit reichlicher Tuberkelbildung im Zwischengewebe, ohne degenerative Vorgänge. Die Epithelveränderungen waren genau dieselben wie in dem erstbeschriebenen Falle; zäher Schleim füllte auch hier die Drüsenräume aus, so stark, dass die ganze Masse wie ein Schleimconvolut mit einzelnen Schleimhautresten imponirte. Die zur mikroskopischen Untersuchung mit excidirte Erosion der hinteren Lippe bot hier allerdings nur das Bild der Ruge-Veit'schen „Cylinderepithelerosion", also kein Geschwür im wahren Sinne des Wortes.

Handelte es sich hier auch wiederum um eine, im Anfangsstadium begriffene tuberculöse Erkrankung des Endometrium, so war dieselbe bei der in der linken Spitze nachgewiesenen Dämpfung und dem phthisischen Habitus der Patientin als zweifellos secundär anzusehen, gleichwohl bot sich auch hier Gelegenheit zum Studium der anatomischen Veränderungen.

Ein drittes Präparat wurde mir durch Herrn Geh. Medicinal-Rat Prof. Dr. Boström übergeben; dasselbe wurde von einem auswärtigen Kollegen durch Excision einer „verdächtigen Erosion" gewonnen und stellt mikroskopisch, wie in Fall I, ein ty-

pisches tuberculöses Ulcus der Portio dar, mit allenthalben im Gewebe verstreuten typischen Tuberkelknötchen.

Hatte ich in diesen drei Fällen auch ohne den sicheren Nachweis von Tuberkelbacillen eine Tuberculose des Uterus auf Grund des anatomischen Befundes angenommen, so könnte noch von skeptischer Seite die Frage aufgeworfen werden, ob in den vorliegenden Fällen die Riesenzellen vielleicht auf andere Vorgänge zu beziehen seien, indem sich solche, wie Jakobsohn und Buhl nachwiesen, auch bei Granulationsvorgängen finden. Doch sind dieselben bis jetzt bei Regenerationsvorgängen der Uterusschleimhaut, wie auch ich solche nach wiederholten Ausschabungen oder nach Geburten oder Aborten zu beobachten Gelegenheit hatte, noch nicht als wesentlich beschrieben werden. Dagegen könnte eine Verwechslung mit einem Gumma syphiliticum mit Recht vorgeworfen werden; jedoch finden sich bei diesem regelmässig die für Lues typischen Gefäss-Wucherungen an dem Gumma selbst, wie in der Umgebung mit Verschluss der Intima. Diese waren in obigen Fällen nicht vorhanden, dagegen fanden sich wohl starke Gefässendothelwucherungen, so dass die Endothelien fast cubisch aussahen, Vorgänge, die ich aber auch bei anderen Reizzuständen der Schleimhaut, so der Decidua uterina wie tubaria[1]) stets gefunden habe.

Würde, wie in dem von Emanuel[2]) beschriebenen Falle, eine mehr geschwulstartige Veränderung der Portio bestanden haben, so müsste immerhin an eine sarcomatöse Neubildung gedacht werden, jedoch ist einerseits das Bild des Sarkoms zu typisch, um zu Verwechselung Anlass zu geben, anderenfalls die Form der hier vorkommenden Riesenzellen eine erheblich andere: Die Kerne liegen hier stets in der Mitte und nicht am Rande, die Randzone ist gerade im Gegensatz zur tuberculösen Riesenzelle frei.

Der mangelnde Nachweis von Tuberkelbacillen ist zwar betrübend und dürfte von wissenschaftlicher Seite wohl verlangt werden, doch tröste ich mich in der Beziehung mit Befunden Anderer bei tuberculösen Genitalerkrankungen sowie damit, dass, wie mir jeder pathologische Anatom zugeben muss, in einzelnen Fällen selbst bei ausgesprochener tuberculöser Erkrankung der Nachweis der Bacillen sehwer zu erbringen ist. Pathologisch-anatomisch war das Bild für die Annahme der Tuberculose überzeugend genug. In ähnlichen Fällen würde, wie ich schon andeutete, die Untersuchung des der Erosion oder einem eingelegten Schultze'schen Probetampon anhaftenden Schleimes auf Tuberkelbacillen vorzunehmen sein. Jedenfalls bewiesen mir die mitgeteilten Fälle, dass die rein klinische Beobachtung und makroskopische Besichtigung zur Stellung

[1]) cf. Walther, Ztschr. f. Geb. Bd. 33, H. 3.
[2]) Emanuel, Zeitschr. f. Geb. Bd. 29. Beitrag zur Lehre von der Uterustuberkulose.

einer sicheren Diagnose nicht hinreichen und wir auch hier auf die sogenannte „Stückchendiagnose“ angewiesen sind.

Die Seltenheit der Tuberculose des Endometrium, einer klinisch wie anatomisch zweiffellos interessanten Affektion, wurde bisher in allen Lehrbüchern hervorgehoben, von Manchen sogar ziemlich nebensächlich behandelt; dieklinische Bedeutung liegt meines Erachtens in der Erkrankung selbst; dazu kommt, dass die erkrankten Teile therapeutisch ungemein leicht zugänglich sind und ohne grosse Verstümmelung (im Gegensatz zu chirurgischen Fällen) zu entfernen sind, auch würde für die Frage der Vererbung der Tuberculose aus dieser Affektion sich Manches verwerten lassen. Trotzdem finden sich eigentlich nur in den Lehrbüchern von Fehling, Küstner, Schröder-Hofmeier, Pozzi und dem jüngst erschienenen Schauta'schen eingehendere Beschreibungen dieser Erkrankung; allerdings werden in sämmtlichen Werken, ausser bei Pozzi und Schauta, mehr die vorgeschrittenen Stadien der Uterustuberculose mit Ausgang in Verkäsung und Eiteransammlung (Pyometra) beschrieben, während gerade die Anfangsstadien, offenbar weil seltener beobachtet, kaum angedeutet sind. Um so wertvoller sind daher meines Erachtens die Arbeiten, welche sich gerade mit dem Beginne der Affektion beschäftigen, so diejenigen von Cornil[1]) und von Franqué.[2]) Halten wir uns an die Angaben des Ersteren, so bestehen die Veränderungen hauptsächlich in denjenigen einer Endometritis chronica glandularis, welche unter dem Einfluss des tuberculösen Virus zu einem besonderen Grade der Ausbildung gelangt ist; Cornil konnte allenthalben eine Vergrösserung der Drüsen mit gleichzeitiger Vermehrung nachweisen; die Epithelien waren stellenweise ganz intakt, so dass anzunehmen ist, dass die Tuberkelbacillen durch dieselben hindurchgewandert sind und zunächst einen starken Katarrh hervorgerufen haben. Im Zwischengewebe sind es stets die typischen Riesensellen, in drei Fällen konnte er auch Tuberkelbacillen nachweisen; allerdings war, wie er hervorhebt, das charakteristische Bild des Tuberkels, die eigentliche „Knötchenbildung“ nirgends ausgeprägt. Am meisten beweisend für die Annahme einer tuberculösen Erkrankung waren die Impfversuche, welche in einigen Fällen Erfolg zeigten; es wurde bei den überimpften Meerschweinchen zunächst ein ausgesprochener Katarrh des Cervix und der Scheide hervorgerufen, in der zweiten Woche fanden sich Anhäufungen von Rundzellen unter dem Epithel und Bacillen im Gewebe und einige Wochen nach der Impfung unter dem vollkommen erhaltenen Epithel Rundzellenhaufen und epithelioide Zellen, im Uterus charakteristische tuberculöse Veränderungen, ein Beweis, dass

---

[1]) Cornil, Leçons sur l'anatomie pathol. des métritis etc., Paris 1889.
[2]) von Franqué, „Zur Histogenese der Uterustuberculose“, Sitzungsberichte der physical. medic. Gesellschaft zu Würzburg, 1894, S. 41—52.

auch ohne Verletzung der Scheide sich eine Tuberculose entwickeln kann, insofern sich, ähnlich dem Epithel der Darmschleimhaut, das Cylinderepithel des Uterus als leicht durchgängig für Tuberkelbacillen erwies, während der mehrschichtige Epithel der Portio und Scheide eine grössere Widerstandsfähigkeit gegenüber diesem Virus zeigte.

von Franqué hatte Gelegenheit, einen Uterus mit beginnender Tuberculose der Corpusschleimhaut bei gleichzeitigem Carcinom des Scheidenteils zu untersuchen und macht auf die Kombination dieser Erkrankungsformen aufmerksam.[1]) Der Uterus wurde in diesem Falle durch die Totalexstirpation gewonnen und bei der Untersuchung desselben wurde zufällig in der Corpusschleimhaut die beginnende Tuberculose entdeckt. Die Ergebnisse der Untersuchungen von Franqué's sind sehr wertvoll, so dass ich sie in Kürze hier zusammenfasse:

Die Veränderungen der Schleimhaut bestehen nach ihm in einer, scheinbar einfachen Endometritis chronica, zum Teil mit besonderer Beteiligung der Drüsen, welche allerdings an manchen Stellen eine undeutliche Abgrenzung zeigen; das Lumen derselben war auch hier durch eine starke Gerinnungsmasse (Schleim und körnigen Detritus) erfüllt, während die Zwischensubstanz zahlreiche, durch Hämatoxylin mattblau gefärbte Tuberkelknötchen aufwies, ohne Verkäsung.

Den Hauptwert legt von Franqué auf die Veränderungen der Drüsenepithelien, welche gegenüber denjenigen bei malignen Neubildungen ganz besonders zu beachten sind: zum Teil fanden sich ganz normale Epithelien, allerdings in lebhafter Vermehrung und Abstossung begriffen, so dass die Kerne dichter bei einander stehen; aber auch nach Art von Papillen sind die Epithelien vorgetrieben, an anderen Stellen jedoch durch den Druck des Schleimes deutlich abgeplattet. Das Zellfüllmaterial innerhalb der Drüsen bestand aus Rundzellen, Schleim- und Eiterkörperchen, welche von hier zwischen das Drüsengewebe, auch zwischen die Drüsenepithelien oder in besondere Hohlräume, ähnlich den oben beschriebenen (Vacuolen) weitergehen. Innerhalb der Epithelien fand auch er Hohlräume, Vacuolenbildung, wohl durch schleimige Entartung der Epithelien entstanden. von Franqué fasst daher sein Untersuchungsergebniss als die Folgen eines schleimigen Katarrhes einerseits, sowie der Desquamationsprocesse andrerseits auf, wobei die Zellen rund und polymorph, die Kerne grösser werden, einzelne Zellen sogar

[1]) von Franqué ist wohl der Erste, welcher auf das gleichzeitige Vorkommen von Tuberculose und Carcinom aufmerksam machte. Einen ähnlichen Fall hatten wir im Sommer 1892 in der Giessener Frauenklinik beobachtet, bei welchem neben Carcinoma portionis incipiens eine (wie die Probelaparotomie ergab) ausgesprochene Peritonealtuberculose und Tuberculose der Genitalien bestand. Der Fall ist kurz beschrieben in der Deutschen Medic. Woch. 1894 No. 45 u. 46. (Frees, die operative Behandlung des tuberculösen Ascites) sowie Therap. Wochenschrift 1896, No. 36 (Löhlein, der hintere Scheidenbauchhöhlenschnitt bei tuberculösem Ascites).

mehrkernig und mehrschichtig. Eine Verwechslung mit beginnender maligner Neubildung kann dadurch leicht möglich werden. Die Epithelzellen wie die Zwischenzellen haben dabei epitheloiden Charakter; von Franqué konnte sogar den Nachweis der Entstehung von Riesenzellen aus Epithelzellen erbringen. Tuberkelbacillen wurden von ihm mit Sicherheit nachgewiesen.

Es würden sich daraus ergeben zunächst localer Katarrh, vielleicht durch die Bacillen bewirkt, und im Anschluss daran produktive Vorgänge, Veränderungen, welche ich an den von mir untersuchten Präparaten vollkommen bestätigen konnte.

Auch Abel[1]) charakterisiert die Tuberculosis endometrii als eine starke Hyperplasie der Drüsen mit starker Infiltration des Zwischengewebes oder Umwandlung derselben, unter gleichzeitigem Schwund der Drüsen, in ein Granulationsgewebe. Im Uebrigen finden sich in der Litteratur keine weiteren Bemerkungen über die einschlägigen anatomischen Veränderungen. Die Corpusschleimhaut, welche Emanuel[2]) an dem von Veit exstirpirten Uterus beschrieb, stellte nur eine verkäste Masse dar, so dass nur aus der der Peripherie angehörigen Partie die Diagnose auf Tuberculose gestellt werden konnte; in diesem Falle wurden „nur wenige" Bacillen nachgewiesen. Die Cervixschleimhaut zeigte indessen eine ausgesprochene Tuberculose mit Nekrobiose der Epithelien, verwaschenen Zellgrenzen, teilweisem Schwund von Drüsen und Schleimhaut. Cullen[3]), welcher eine Reihe tuberculöser Erkrankungen des Uterus beschrieb, unterscheidet eine miliare und chronisch-diffuse Form; nach ihm findet sich gegenüber der Muskularis meist eine scharfe Infiltrationszone. Den primären Sitz verlegt er dabei stets in die Tuben. Der Beginn der Erkrankung im Corpus uteri lässt sich zumeist am Fundus nachweisen, während Frühstadien sehr schwer zu erkennen seien, so dokumentiere sich später die Erkrankung durch gelbweisse Knötchen und darauf folgende totale Verkäsung der Uterusschleimhaut. Auch Williams[4]) verdanken wir genaue Untersuchungen über Tuberkulose des Endometrium; nach ihm ist die chronisch-diffuse käsige die häufigste Form, daneben kommt aber auch eine miliare und schliesslich eine chronisch-fibroide Form vor; Williams fand in fünf Fällen „wider Erwarten", da die makroskopische Diagnose nicht gestellt werden konnte, Tuberculose der Schleimhaut, aber dabei Tuben und Ovarien stets fixirt, also verändert.

Die aus der früheren Litteratur stammenden Untersuchungen von Mosler[5]), Gehle[6]) u. A. betrafen weit vorgeschrittene

[1]) Abel, Mikroskopische Technik und Diagnostik etc., Berlin 1895.
[2]) l. c.
[3]) Cullen (Baltimore), Tuberkulose des Endometrium, John Hopkins Hospital Reports, 1895, No. 7 u. 8. (Referat im Centralbl. f. Gyn. 1895, No, 49.)
[4]) Williams, Tuberculosis of the feminal generative organs (John Hopkins Hospital Reports, Vol. III. 1892.
[5]) Mosler, Die Tuberkulose der weibl. Genitalien. Diss. Berlin 1883.
[6]) Gehle, In.-Diss. Heidelberg 1881.

Stadien der Schleimhauttuberculose und sind daher für unsere Zwecke nicht zu verwerten. Ueber eine nur beschränkt auftretende Form der Schleimhauttuberculose wären in der Hinsicht nur noch die Mitteilungen von Frerichs[1]) und Zweifel[2]) zu erwähnen, insofern Ersterer eine von der Placentarstelle ausgehende Tuberkulose der Schleimhaut, Letzterer einen Fall von Lupus uteri beschrieb.

Jedenfalls sind die Anfangsstadien dieser Schleimhauterkrankung schon rücksichtlich der Therapie ungleich wichtiger, als die auch in vielen Lehrbüchern als für Tuberculose typisch beschriebenen weit vorgeschrittenen Verkäsungsformen der Uterusschleimhaut.

Im Allgemeinen würden daher anatomisch, ähnlich der Tuberculose der Darmschleimhaut, nach den bisherigen Mitteilungen drei Stadien der Entwicklung zu unterscheiden sein:

1. Das Stadium der miliaren Knötchenbildung
2. Das ulcerative Stadium
3. Die Pyometra.

Der erste Beginn ist wohl meistens am Fundus zu suchen, ein Punkt, welcher manche Autoren[3]) veranlasst, den primären Sitz stets in die Tuben zu verlegen und diese als den ersten Ansiedelungsort anzusehen, was jedoch nicht für alle Fälle zutreffen dürfte. Die Schleimhaut erscheint dabei zunächst gerötet, gewulstet und in derselben eingebettet finden sich einzelne grauweisse Knötchen von Stecknadelkopfgrösse; in manchen Fällen ist, wie auch Thorn[4]) hervorhebt, die Knötchenbildung weniger ausgeprägt, was vielleicht mit dem Bau der Uterusschleimhaut in Zusammenhang zu bringen ist, insofern dieselbe nicht wie andere Gewebe die Eigenschaft besitzt, auf den Angriff der Bacillen mit einer so energischen Zellproliferation zu antworten, wie andere Gewebe. Schliesslich konfluiren die Knötchen.

Die Absonderung der Schleimhaut wird ausserordentlich rege; neben typischen Substanzverlusten bildet sich ein schmieriger eitriger Beleg mit Verlust des Deckepithels und schliesslicher Pyometrabildung; alsbald schreitet dann die Tuberkulose auch gegen die Muscularis hin vor, welche bei den meisten Fällen hypertrophiert erschien, und greift auch diese an. In der Uterushöhle häufen sich Schleim- und Eitermassen so sehr an, dass schliesslich die Schleimhautuntersuchung negativ ausfällt und nur noch der Uebergang derselben zur Muscularis einen Anhaltspunkt für Tuberculose bietet. Diese Pyometraform sah Krzywicki[5]), welcher an dem Leichenmaterial des Dresdener Krankenhauses

---

[1]) Frerichs, Beiträge zur Lehre von der Tuberkulose, Marburg 1882.
[2]) Zweifel, Vorlesungen über klinische Gynäkologie, 1892, S. 338 ff. u. Centralbl. f. Gyn. 1890, S. 794.
[3]) cf. Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1893, S. 381.
[4]) Thorn, zur Genitaltuberkulose des Weibes etc. Diss. Berlin 1894.
[5]) Krzywicki, 29 Fälle von Urogenitaltuberkulose etc., Ziegler's Beiträge, Bd. III, 1888.

eingehende diesbezügliche Untersuchungen anstellte, unter 14 Fällen 2 mal. Er fand dabei eine beträchtliche Erweiterung der Uterushöhle, dieselbe ausgefüllt mit flüssigem gelbgrünen Eiter und die Schleimhaut eitrig zerstört, sowie die innerste Lage der Muskularis in eine käsig-schmierige Masse umgewandelt, unter der sich zahlreiche Riesenzellen nebst Tuberkelbacillen befanden; beide Fälle betrafen Greisinnen, wie denn überhaupt diese Form der Tuberculose, ähnlich der Pyometra an sich, im höheren Alter häufiger ercheint. Unter 12 Fällen von weiblicher Genitaltuberkulose fand derselbe Autor 7 mal beginnende Uterustuberculose und auch hier erst die Erscheinungen eines Katarrhs mit starker Schleimabsonderung, Desquamation der Epithelien und starker Compression der Drüsenschläuche.

Nach diesen übereinstimmenden Befunden neuerer Untersucher, denen sich unsere Beobachtungen anschliessen, haben wir demnach für die Anfangsstadien einige recht typische Veränderungen kennen gelernt, welche bei anderen Endometritiden fehlen und nur in einiger Aehnlichkeit bei beginnenden malignen Neubildungen vorkommen, so dass ich annehmen möchte, dass wir durch die Abrasio probatoria heute zu Tage früher als gewöhnlich die Tuberculose der Corpusschleimhaut zu diagnosticiren im Stande sind, ganz abgesehen von der Färbung des Sekretes auf Tuberkelbacillen. Jedenfalls trifft es heute nicht mehr zu, dass, wie Eidam[1]) seiner Zeit hervorhob, wir nur dann erst eine Tuberculose der Schleimhaut annehmen dürfen, wenn dieselbe käsig zerfallen ist, ein Stadium, das aber noch in einigen Lehrbüchern als für Tuberculose charakteristisch sich beschrieben findet. So finden wir selbst bei Küstner, Fehling, Schröder-Hofmeier[2]) eigentlich nur weiter vorgeschrittene Tuberculoseformen beschrieben, ganz abgesehen von den älteren Beschreibungen bei Klob[3]), Kiwisch[4]) u. A.

Aber auch über die Veränderungen des Scheidenteiles, sowie der Cervixschleimhaut bei Tuberculose sind in der neueren Litteratur Beobachtungen niedergelegt. Wurde früher die Tuberkulose der Cervix fast ganz geleugnet, wie noch Rokitansky[5]) in seinem Lehrbuch angiebt, so hat doch schon Friedländer[6]) im Jahre 1873 auf das primäre Vorkommen der Tuberculose an der Portio vaginalis hingewiesen. Aus der neuesten Litteratur

---

[1]) Eidam, Ueber die Bildungsweise intraperitonealer Tumoren im kleinen Becken. Diss. Erlangen 1875.

[2]) Küstner, Grundzüge der Gynäkologie, 1895 S. 194. Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1893 S. 381. Schröder-Hofmeier, IX. Auflage 1889.

[3]) Klob, Pathol. Anatomie der weibl. Sexualargane, 1869 S. 191.

[4]) Kiwisch, Klin. Vorträge 1847, I. S. 464, und Moser, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten des Weibes, Berlin 1843.

[5]) Rokitansky, Lehrbuch der pathol. Anatomie 1861.

[6]) Friedländer, Volkm. Vortr. No. 64 1873/1874. „Ueber lokale Tuberculose."

gehören hierher die von Emanuel[1]), Meyer und Fränkel[2]) beschriebenen Fälle. Meyer konnte die knötchenförmige Infiltration nachweisen, allerdings auch ohne Tuberkelbacillen zu finden und glaubte, ohne anatomische Untersuchung der Corpusschleimhaut, lediglich nach der Untersuchung mit der Sonde eine Veränderung der Corpusschleimhaut ausschliessen zu können. In Emanuel's Fall war an der Portio ein vielhöckeriger Tumor zur Entwicklung gekommen; gerade dieses geschwulstartige Auftreten sieht er als charakteristisch für die primäre tuberculöse Erkrankung der Portio an, während, wie auch Winter[3]) angiebt, das ringförmige gekörnte Geschwür nebst seinen meist unterminirten Rändern in der Regel als secundär aufzufassen sei. Fränkel schliesslich fand bei der Sektion zufällig eine Tuberculose der Cervix- und Uteruschleimhaut.

Können wir nach diesen Untersuchungen die anatomischen Veränderungen selbst in den Anfangsstadien als ziemlich typisch ansehen, so sind die Symptome, wie von Allen zugegeben wird, durchaus nicht charakteristisch, vielleicht auch ein Grund, warum die Uterustuberculose so häufig übersehen, andererseits zufällig entdeckt wird. Finden wir in manchen Fällen, wie auch Schröder[4]) hervorhob, Amenorrhoe, so bestehen in anderen gerade beträchtliche Blutungen oder blutig-schleimige Abgänge, im Allgemeinen wohl die Erscheinungen hochgradiger katarrhalischer Entzündung; erst in weiter vorgeschrittenen Stadien gesellt sich käsig-bröckeliger Ausfluss dazu. Dabei können von Symptomen noch mit in Betracht kommen dumpfer Schmerz zur Seite des Uterus, besonders bei gleichzeitiger Tubentuberculose, Schmerzgefühl in den Lenden, Temperatursteigerung, Erscheinungen, wie wir sie allerdings häufiger bei ausgesprochener Tubentuberculose finden. Vermehrte Absonderung bei gleichzeitig bestehender, bei Berührung leicht blutender Erosion würden stets den Verdacht auf Tuberculose nahe legen. Bestehen dabei starke Menses, so wird wahrscheinlich neben dem Mutterhals auch die Corpusschleimhaut erkrankt sein; über diesen Punkt kann natürlich nicht die Sonderuntersuchung, sondern nur eine Probeausschabung mit anschliessender mikroskopischer Untersuchung entscheiden. Auch bei Hegar[5]) finden wir die Angabe, dass die Erscheinungen der katharrhalischen Endometritis, hier in übertriebener Form auftretend, als für Tuberculose der Schleimhaut verdächtig anzusehen sind.

Nach der Operation trat in der Regel eine Besserung ein, wie der Fall von Meyer, sowie unsere zwei Beobachtungen zeigen, sowohl hinsichtlich der menstruellen als auch der übrigen

---

[1]) Emanuel l. c.

[2]) Meyer, „Zur Tuberculose des Cervix uteri", Arch. f. Gyn. Bd. 45 und: Fränkel, Beitrag zur Lehre von der Uterustuberculose (papilläre Cervixtuberculose), Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten, Bd. IV. 1893/94, und Münch. med. Woch., 1896 No. 2.

[3]) Winter-Ruge, Diagnostik, 1896 S. 221.

[4]) Schröder, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1886 S. 325.

[5]) l. c.

Beschwerden, so dass die Erscheinungen der Endometritis in der That durch die Tuberculose nur bedeutend verschlimmert erscheinen.

Bei diesem so wenig charakteristischen Symptomenkomplex erscheint es um so wichtiger, bei einem Falle von verdächtigem Erosionssaum oder blutig-schleimigem Ausfluss eine exacte Diagnose zu stellen; allerdings mag hier, was die erste Annahme betrifft, die Verwechselung mit beginnenden malignen Neubildungen, wie auch einzelne Fälle in der Litteratur[1]) zeigen, nicht allzu selten vorkommen; gleichviel, eine sichere Diagnose kann dabei nur durch eine genaue Untersuchung durch das Mikroskop gestellt werden. Dieselbe darf sich aber nicht etwa auf das mit der Portio zu excidirende Stückchen beschränken, sondern (wie bei allen verdächtigen Erkrankungen des Mutterhalses) die Corpusschleimhaut muss stets mit untersucht werden. Von grosser Wichtigkeit wäre in dieser Beziehung die Untersuchung des anhaftenden Secretes des Cervix oder des Corpus auf Tuberkelbacillen und eine eventuelle Ueberimpfung auf Meerschweinchen; durch die letztere gelang es Cornil in einigen Fällen, die Tuberculose schon frühzeitig mit absoluter Sicherheit zu diagnosticiren. Der Umstand, dass die ausgeschabte Schleimhaut oder excidirte Stückchen im Allgemeinen äusserst selten mikroskopisch untersucht werden, erklärt wiederum die allgemein angenommene Seltenheit dieser Affection. Wenn man daher principiell (und dies kann auf Kliniken ohne grosse Schwierigkeit durchgeführt werden!) in einer grösseren Reihe von Fällen jede ausgeschabte, vor Allem aber jede verdächtige Schleimhaut oder excidirte Erosion mikroskopisch untersucht wird, so behaupte ich, wird ein recht erheblicher Procentsatz tuberculöser Erkrankungen des Genitalschlauches zur Beobachtung kommen. Neben der makroskopischen Untersuchung, sowie der genauen kombinierten Abtastung, welche hier für sich allein nicht zum Ziele führt, muss also hier, wie bei anderen verdächtigen Erkrankungen, die Probeausschabung bez. Probeexcision ausgeführt werden, dabei die Untersuchung der Ex- und Secrete auf Tuberkelbacillen, besonders bei begründetem Verdachte auf Tuberculose der Brustorgane, wobei eine genaue Untersuchung der letzteren nie unterlassen werden darf. Allerdings treten gerade bei vorgeschrittener allgemeiner Tuberculose, besonders der Lungen, die Symptome von Seiten der Beckenorgane gegenüber den schweren Allgemeinerscheinungen recht in den Hintergrund. Erst in zweiter Linie käme die Entscheidung, ob sicher primäre oder secundäre Genitaltuberculose vorliegt, in Betracht; Tuben und Ovarien müssen durch eine genaue bes. rectale kombinierte Untersuchung betastet werden, zumal sich gerade auf und in den Tuben bekanntermassen die Tuberculose am häufigsten ansiedelt; nicht minder wichtig ist eine ausgiebige Untersuchung des Abdomen sowie der Beckenlymphdrüsen. Bezüglich der Unter-

[1]) Cf. Cornil, Leçons sur l'anatomie pathol. des métrites etc., Paris 1889. Péan hatte den Uterus in dem betr. Fall wegen Verdacht auf Carcinom entfernt; ebenso die Fälle von v. Franqué und Emanuel l. c.

scheidung, ob primäre oder secundäre Erkrankung der Portio vorliegt, ist der obenerwähnte Punkt zu beachten, dass wahrscheinlich bei primärer Erkrankung eine tumorartige Entwicklung statt hat, während das circulär unterminierte Geschwür in den meisten Fällen secundärer Natur ist. Ebenso wie Cornil hat auch Guzzoni[1]) in einigen Fällen von dem Secrete auf Meerschweinchen überimpft und so die tuberculöse Natur der Erkrankung klargestellt, doch über den Sitz der Erkrankung, welcher gerade bezüglich unseres therapeutischen Handelns von Wichtigkeit ist, keinen Anhaltspunkt gewonnen.

Von grossem Interesse ist zweifellos die Frage nach dem Zustandekommen der Uterustuberculose. Bei Hegar u. A. finden wir genaue Erörterungen über diese Frage; die plausibelste, gerade von ersterem vertretene Theorie für die Entstehung der primären Genitaltuberculose ist wohl diejenige von der Infection durch den Coitus; allerdings müsste darnach die Uterustuberculose in der That noch viel häufiger vorkommen, wenn wir bedenken, wie häufig die Tuberculose des Urogenitalapparates beim Manne vorkommt. Der directe Nachweis dieser Art von Infection lässt sich wohl schwer erbringen; es würde dazu vor Allem zu verlangen sein, dass im Secrete der Urogenitalorgane des Mannes, bes. im Sperma Bacillen gefunden wurden. Von neueren Autoren hat sich Jani[2]) mit dieser Frage beschäftigt; er fand zwar im Sperma keine Bacillen, wohl aber im Hoden- und Prostatagewebe. Weiterhin ist die Möglichkeit einer Uebertragung vermittelst Instrumente, Finger von Seiten der Hebamme oder des Arztes nicht ganz von der Hand zu weisen. Aber auch auf dem Wege der Selbstinfection, durch Sputum wie Darmausleerungen ist eine Entstehung der Genitalschlauchtuberculose denkbar. Dass auf dem Blut- oder Lymphwege schliesslich eine Infection möglich ist, wissen wir aus der Aetiologie der Peritonealtuberculose. Ob im gegebenen Falle eine primäre oder secundäre Uterustuberculose vorliegt, ist, wie ich schon oben andeutete, klinisch wohl recht schwer zu entscheiden, weshalb ich auch obigen ersten Fall als „wahrscheinlich" primäre Uterustuberculose beschrieb; ehe man das durch eine event. Radikaloperation gewonnene Präparat gesehen und untersucht hat, ist ein sicheres Urteil wohl kaum zu fällen, ja unter Umständen kann selbst dann noch die Entscheidung schwer sein.

Es liegt auf der Hand, dass nach den oben angedeuteten Punkten die Uterustuberculose häufiger vorkommt, als bisher angenommen wurde. Bezüglich des Alters macht die Genitaltuberculose im Allgemeinen keinen Unterschied; allerdings fand Wolff[3])

---

[1]) Guzzoni, Torino 1889. (Cf. Ref. Frommel's Jahresbericht 1890.)

[2]) Jani, Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im gesunden Genitalapparat bei Lungenschwindsucht mit Bemerkungen über das Verhalten des Fötus bei akuter allgemeiner Miliartuberkulose der Mutter. (Virch. Arch. Bd. 103 1886.)

[3]) Wolff, Arch. f. Gyn., Bd. 52 1896. Untersuchungen über Tuberculose des Eierstocks.

unter 145 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen von Genitaltuberculose am meisten befallen die Pubertätszeit, die wenigsten Fälle in der Kindheit und im Klimax. Nach Krzywicki waren beim Manne am häufigsten afficirt Prostata und Nebenhoden, beim Weibe Tuben und Ovarien und in zweiter Linie der Uterus. Ein wirkliches Bild von der Häufigkeit des Vorkommens lässt sich erst dann gewinnen, wenn auf einer mit grossem Material ausgestatteten Klinik, wie ich oben andeutete, man dieser Affection mehr Beachtung schenkt und bei einer grösseren Reihe von Ausschabungen und Excisionen principiell die mikroskopische Untersuchung vornimmt; von Seiten der pathologischen Anatomen müsste dann vergleichsweise bei der so häufigen Tuberculoseerkrankung gerade auf die Genitaltuberculose geachtet werden. Untersuchungen der Art liegen zwar schon vor, wenigstens von Seiten der pathologischen Anatomen[1]).

Von einer primären Uterustuberculose würden wir dann reden, wenn 1. keine anderweitige tuberculöse Erkrankung im Allgemeinstatus sich nachweisen lässt; 2. die Anhänge, bes. Tuben, als sicher unverändert sich herausstellen. Inwieweit dies möglich ist, deutete ich oben an. Dass die secundäre Tuberculose des Uterus relativ häufiger ist, als man bisher annahm, dürfte zweifellos sein, zumal doch Störungen von Seiten der Genitalsphäre recht häufig bei phtisischen Frauen sich gleichzeitig finden, denen aber bei dem allgemeinen Symptomenkomplex nicht die nötige Beachtung geschenkt wird.

Bezüglich der Therapie liegt der Gedanke nahe, dass bei der leichten Zugänglichkeit der erkrankten Theile eine totale Entfernung angezeigt wäre und sich auch leicht ausführen liesse, sobald mit Sicherheit die Genitalorgane als der primäre Sitz nachgewiesen würden. Allerdings müssen wir dabei bedenken, dass auch die Chirurgen in der letzten Zeit zurückhaltend geworden sind bezüglich Resection und Amputation der erkrankten Gelenke bez. Glieder und auch hier mit Jodoformbehandlung in manchen Fällen gute Erfolge mit Erhaltung des Organes gesehen haben; dazu kommt, dass die Gebärmutter an sich ein wichtiges Organ ist, das ohne dringenden Grund nicht sofort entfernt werden sollte. Ein Punkt, auf den Sippel[2]) hingewiesen hatte, ist der Einfluss der fortbestehenden Menstruation auf die Erkrankung der Uterusschleimhaut, welcher nicht unterschätzt werden darf. Dies war mit ein Hauptgrund, welcher uns veranlasste, von einer radicalen Operation vorerst abzusehen und die Wirkung der Ausschabung mit der nachfolgenden Jodoformbehandlung abzuwarten; in der That ist nun bei dem ersten Falle mit primärer, wie dem 2. mit secundärer Uterustuberculose nach dieser Behandlung ein eclatanter, lange Zeit vorhaltender Erfolg zu konstatieren gewesen.

---

[1]) Cf. Heiberg, Die primäre Urogenitaltuberculose des Mannes und des Weibes (Festschrift, R. Virchow gewidmet, cf. Ref. Centralbl. f. Gyn., 1892 No. 50), und Krzywicki l. c.

[2]) Sippel, Deutsche med. Woch., 1894 No. 52. Beitrag zur primären Genitaltuberkulose des Weibes nebst Bemerkungen zur Bauchfelltuberkulose.

Schon Hegar hat eine exacte Ausschabung mit nachfolgender Kauterisation mit Jodoformbehandlung empfohlen, desgleichen in neuerer Zeit Williams; Meyer sah, wie in unserem Falle I, nach der einfachen Excision vollkommene Genesung. Der Fall von Veit, welcher am 1. Tage nach der Operation an Shok zu Grunde ging, kann leider zur Beurteilung dieser Frage nicht herangezogen werden, so dass wir noch weiterer Beobachtungen bedürfen, bis wir ein sicheres abschliessendes Urteil hierin gewinnen können. Allerdings stehen wir nicht an, falls im Falle I eine Verschlimmerung eintreten sollte, alsbald die Radicaloperation (Totalexstirpation des Uterus mit Wegnahme der Adnexe) anzuschliessen; bis jetzt ist allerdings nach der Abrasio und Excisio über 9 Monate hindurch das Befinden der Patientin in keiner Weise gestört gewesen, sogar eine erhebliche Besserung eingetreten. Anders liegen die Verhältnisse, wenn die Tuben mit Sicherheit als miterkrankt nachgewiesen werden; hier wird wol Niemand anstehen, bei der Aussichtslosigkeit auf Spontanheilung, die Radikaloperation auszuführen. Ueber die Radicaloperation bei der Uterustuberkulose hingegen sind unsere Erfahrungen noch recht gering.

Unsere beiden Fälle, welche ja Anfangsstadien betreffen, reihen sich dem von Meyer beschriebenen an. Wenn sie auch nur Schleimhautpräparate lieferten, welche im Uebrigen nur eine Stütze der jetzt immer mehr Boden gewinnenden „Stückchendiagnose“ bieten dürften, so glaubte ich doch, durch sie die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf diese vielleicht nicht so seltene Erkrankung lenken zu dürfen und eine Anregung zu geben zu weiterer Forschung bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens und der Möglichkeit einer Frühdiagnose der Uterustuberculose.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Prof. Löhlein für die freundliche Ueberlassung der beschriebenen Fälle meinen Dank auszusprechen.

II.

Aus der I. Universitäts-Frauenklinik des Herrn Prof. Schauta in Wien.

Beitrag zur Kenntnis der Blasenmolen und des „malignen Deciduoms“.

Von

Dr. JULIUS NEUMANN,

klinischer Assistent.

(Hierzu Tafel I-II.)

Ich übergebe im Folgenden die Resultate einer planmässig angelegten Untersuchung von Blasenmolen der Oeffentlichkeit.

Bei dem überaus reichen Materiale der Klinik Schauta bot sich mir Gelegenheit, aus den histologischen Verhältnissen der Blasenmole gewisse Anhaltspunkte für die möglichst frühzeitige Diagnose des „malignen Deciduoms“ abzuleiten. Bei der Dignität der Blasenmole in ätiologischer Hinsicht für diese Neubildung einerseits und dem Umstande andererseits, dass es mir gelungen ist, meine Untersuchungen mit positiven Ergebnissen vorläufig abzuschliessen, will ich diese den Fachgenossen bereits jetzt mittheilen. Ich bin mir wohl bewusst, dass eine endgiltige Lösung der sich ergebenden Fragen zur Zeit nicht möglich ist. Aber der Weg ist nunmehr angebahnt, auf welchem vielleicht noch manches Wichtige zu entscheiden, weiteren Untersuchungen vorbehalten ist.

Um den Gedankengang zu entwickeln, der mich veranlasste, meine Untersuchungen in der zu beschreibenden Weise auszuführen, muss ich auf einen Fall von Blasenmole näher eingehen, den Herr Prof. Schauta bereits in Kürze mitgeteilt hat[1]).

Es betraf dies eine 40jährige Frau, die vorher stets gesund war. Ihre Periode war immer regelmässig, vierwöchentlich, 2—3tägig und spärlich. In den Jahren 1887, 1889 und 1891 hatte die Frau am normalen Schwangerschaftsende lebende Kinder geboren. Nun war sie zum vierten Male schwanger. Die letzte Periode war Ende Juli 1896 aufgetreten. Ende September zeigte sich geringer blutiger Ausfluss, dem die Patientin anfangs keine Bedeutung beilegte. Als aber die Blutung Wochen lang anhielt und immer stärker wurde, neben flüssigem Blute auch klumpige, „schwarze“ Stücke abgingen, suchte sie bei einem Arzte Hilfe. Der consultirte Arzt erklärte, dass die Blutung von einem Varixknoten in der Scheide herrühre und verwies die Frau in das allgemeine Krankenhaus.

Am 10. Nov. v. J., als die Frau zur Aufnahme an die Klinik kam, wurde der folgende Befund aufgenommen: Patientin mittelgross, von kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und entsprechendem Fettpolster. Allgemeine Hautdecken und die sichtbaren Schleimhäute blass. An den unteren Extremitäten mässige Oedeme. Ueber den Lungen heller, voller Schall und normales Vesiculärathmen. Herzdämpfung innerhalb normaler Grenzen. An der Herzbasis ein systolisches, accidentelles Geräusch, sonst die Töne rein. Leber und Milz nicht vergrössert.

Abdomen vorgewölbt durch einen, aus dem kleinen Becken aufsteigenden Tumor, der völlig median gelagert ist und nach aufwärts bis zwei Finger breit über den Nabel reicht. Die Consistenz dieses Tumors ist weichelastisch; unter der palpirenden Hand wird der Tumor zeitweise härter. Der Percussionsschall über demselben ist überall gedämpft. Kindesteile sind nicht nachweisbar, kindliche Herztöne sind nirgends hörbar. Im Harn kein Eiweiss, kein Zucker.

Bei Besichtigung der Vagina constatirt man an der vorderen Wand rechts, gleich über dem Introitus einen kirschengrossen, polypös vorragenden Knoten von blauschwarzer Farbe und derb-elastischer Consistenz, über dessen Kuppe die Scheidenschleimhaut stark verdünnt ist. Der Knoten lässt sich mit zwei Fingern erfassen und am rechten horizontalen Schambeinaste deutlich verschieben. Das aus der Scheide sich entleerende dunkle Blut stammt, wie die wiederholte Spiegeluntersuchung ergiebt, nicht von diesem Knoten, sondern aus der geschlossenen Cervix.

Es lag somit in diesem Falle zweifellos eine Schwangerschaft mit abnormem Verlaufe vor. Mit Rücksicht auf den Untersuchungsbefund und insbesondere in Anbetracht der unver-

[1]) Wr. med. Presse 1897, No. 1 u. Centralbl. f. Gyn. 1897, p. 53.

hältnissmässigen Grösse des Uterus wurde vermuthet, dass es sich vielleicht um Blasenmole handle.

Wegen andauernden Blutabganges wurde am 14. November Nachmittags behufs Erregung von Wehen der Cervikalkanal mit Jodoformgaze tamponirt. Die Wehen traten am nächsten Tage ein. Nachmittags stellte sich starker Blutabgang ein, der sich um ½5 Uhr ausserordentlich steigert. Der Puls wird klein, die Frau collabirt. Bei der Untersuchung findet man den Cervikalkanal verstrichen, den Muttermund für zwei Finger leicht durchgängig. Mit dem sich ergiessenden Blute gehen Molenbläschen ab. In Narkose wird nun der Uterus sofort ausgeräumt. Der grösste Theil der Mole wird durch Druck auf den Uterus leicht herausbefördert und die zurückgebliebenen Reste hierauf mit zwei in den Uterus eingeführten Fingern entfernt. Mit der Mole erscheint viel altes, theils flüssiges, theils coagulirtes Blut.

Bei der Austastung der Uterushöhle erweist sich diese überall glatt; nirgends sind Molenreste oder auffallend rauhere Stellen zu fühlen. Hierauf Tamponade der Uterushöhle und der Scheide mit Jodoformgaze. Eine Ergotineinspritzung. Nun contrahirt sich der Uterus sehr gut, die Blutung steht.

Da es nicht ausgeschlossen schien, dass der beschriebene Tumor in der Scheide eine Metastase sei, wurde noch zum Schlusse der Scheidenknoten erfasst, vorgezogen, umschnitten und mit der Scheere aus seinem Bette herauspräparirt und hierauf die Wundhöhle mit Seidennähten verschlossen.

Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Scheidenknotens ergab gleich in den ersten Schnitten nebst Blut typische syncytiale Wucherungen.

Dieser, später noch ausführlicher zu schildernde Befund brachte nun Klarheit in die Sachlage dieses Falles. Die Annahme, dass in diesem Falle eine Blasenmole vorliege, erwies sich als richtig und auch der bei der Ausräumung der Mole entstandene Verdacht, dass der Scheidenknoten mit der Schwangerschaft in ursächlichem Zusammenhange stehe, bestätigte sich.

Es handelte sich somit in diesem Falle um eine Blasenmole, welche noch zur Zeit, während welcher sie sich im Uterus befand, zu einer Metastase in der Scheide geführt hatte.

Auf Grund der Erfahrungen über das „maligne Deciduom“ konnte angenommen werden, dass es auch in der Uterussubstanz bereits zu einer malignen Neubildung gekommen war und da konnte sich die Therapie in diesem Falle nicht mit der Ausräumung der Blasenmole begnügen. Gewiss wäre es unrichtig gewesen, noch weiter auf das Auftreten von Erscheinungen zu warten, welche auf eine Geschwulstbildung im Uterus selbst hindeuteten. Denn alle Beobachter heben hervor, dass die im Anschlusse an die Gravidität entstehenden Neubildungen äusserst bösartig seien, indem sie durch ein rasches Wachstum und durch Metastasenbildung alsbald zum Tode führen. Einzelne Autoren sind sogar der Ansicht, dass man gar nicht früh genug operiren könne. Durch Zuwarten bestand demnach in unserem Falle die Gefahr, dass die Chancen für einen dauernden Heilerfolg wesentlich geringer würden. Es wurde demgemäss die Totalexstirpation des Uterus beschlossen. Und obzwar dieser Eingriff auch unmittelbar nach Ausräumung der Blasenmole ausführbar gewesen wäre, so wurde mit der Operation dennoch gewartet, bis sich die Patientin von den schweren Blutverlusten wieder erholt hatte.

Der Wochenbettverlauf war fieberlos und am 25. Nov. war die Frau bereits so weit gekräftigt, dass sie das Bett verlassen konnte. Der Uterus war zu dieser Zeit gut zurückgebildet und reichte bis drei Finger breit über die Symphyse.

Am 2. December v. J. führte Herr Prof. Schauta die Totalexstirpation des Uterus in Narkose (Schleich) aus. Die Portio wird mit Kugelzangen gefasst und herabgezogen. Hierauf quere Durchtrennung des vorderen Scheidengewölbes. Ablösung der Blase und Eröffnung der Plica; dann Eröffnung des Douglas. Es werden nun die Parametrien und Ligmenta lata bis zum Ligamentum infundibulo-pelvicum in situ partienweise abgebunden. Linkerseits wird dann das zu einem apfelgrossen Tumor vergrösserte Ovarium entwickelt. Unterbindung des Ligamentum infundibulo-pelvicum und Durchschneidung desselben. Ebenso wird auf der rechten Seite verfahren. Die Tuben werden separat vorgezogen, abgebunden und das ganze Organ schliesslich entfernt. Einnähung der Stümpfe in den seitlichen Scheidenwundrand. Die Peritonealhöhle wird offen gelassen und ein Jodoformgazestreifen zur Drainage eingeführt.

Die Reconvalescenz verlief ungestört und so wurde die Frau am 22. December 1896 als geheilt entlassen.

Beschreibung des Präparates.

Der unaufgeschnittene Uterus präsentirt sich als ein mannsfaustgrosser, eiförmiger, ausserordentlich schlaffer Tumor. Das Ovarium ist linkerseits zu einem kleinfaustgrossen, rechterseits zu einem apfelgrossen cystischen Tumor umgewandelt. Diese Tumoren sind jedoch durch Platzen einzelner Cysten während der Entwickelung aus dem Becken bedeutend kleiner geworden. Bei ihrer näheren Betrachtung merkt man, dass sie an der Oberfläche glatt und glänzend sind und sich aus zahlreichen, meist grösseren, haselnuss- bis kleinapfelgrossen Cysten zusammensetzen. Diese sind zum Theil durchscheinend und mit gelblicher seröser Flüssigkeit erfüllt, zum Theil aber weniger durchscheinend wegen der ungleichmässigen Dicke der Wand. Die Cysten erscheinen durch diese Wandverdickungen von aussen wie abgeschnürt und auf diese Weise ist eine Art lappiger Aufbau dieser Ovarialtumoren bedingt.

Die Tuben sind beiderseits zart, etwas verlängert und geschlängelt; das Fimbrienende ist offen.

Der Uterus, wie erwähnt, beträchtlich vergrössert, an seiner Aussenfläche überall glatt, da er nirgends adhärent war; seine Consistenz ist stark vermindert. Der Uterus wird entsprechend der vorderen Wand eröffnet und da findet man an der Innenfläche der hinteren Wand des Uteruskörpers die folgende Bildung. Vom Fundus angefangen bis nach abwärts, 18 mm über dem inneren Muttermunde ist die Oberfläche von einer flachen, bis 2 mm hohen Erhabenheit eingenommen, welche oberflächlich unregelmässig, etwas zerklüftet und mit einer dünnen Schichte gelblichen, zähen Eiters belegt ist. Die Consistenz ist hier eine mässig derbe und im Vergleiche mit den noch zu beschreibenden normalen Stellen deutlich vermehrt. Diese Erhabenheit befindet sich, wie erwähnt, an der hinteren Wand, etwas mehr nach rechts und sie erstreckt sich seitlich bis zur Vorderfläche des Uterus. Ihre Form ist eine längsovale und es zieht der längere Durchmesser von rechts oben nach links unten; er beträgt 6 cm. Die

grösste Breite ist 5 cm. Die Färbung dieser Erhabenheit ist nach Entfernung des anhaftenden eitrigen Sekretes stellenweise eine eitrig gelbe, an anderen Stellen, so insbesondere in den Buchten eine grau-bräunliche, mit einem Stich in's Violette. Der Rand dieser geschwulstartigen Erhabenheit geht fast überall allmählig über in die umgebende Schleimhaut. Nur rechts oben und am unteren Rande derselben ragen einzelne Anteile wallartig vor. Am Durchschnitt durch diese beschriebene Erhabenheit merkt man, dass zahlreiche hanfkorn- bis erbsengrosse kugelige Knoten in die Muskulatur vorragen, von welcher sie sich jedoch ziemlich scharf begrenzen. Die Farbe dieser, auf der Schnittfläche stark vorquellenden Knoten ist eine grau-weissliche und hiedurch unterscheiden sich diese von den erwähnten, gelblichen Anteilen der Erhabenheit. An diesen letzteren Stellen bildet die Erhabenheit einen schmalen Streifen von 1 mm Dicke, der gleichfalls an der Muscularis scharf begrenzt ist und am Durchschnitt in Form einer welligen Linie über der Muskulatur zieht. Die angrenzende Schleimhaut ist bis zu 2 mm dick, von auffällig veränderter Farbe; sie ist deutlich braun und mit graugelblichen Flecken. Unterhalb der beschriebenen Erhabenheit ist die Schleimhaut sehr dünn, bräunlich mit violettem Ton.

Auf den ersten Blick machte die Stelle der Erhabenheit den Eindruck einer Placentarinsertionsstelle. Doch nach genauerer Besichtigung nahm ich an, dass hier ein Geschwulstlager mit eitrigem Belage und stellenweiser eitriger Infiltration vorhanden sei. Direkt als Geschwulstknoten sprach ich die beschriebenen, am Durchschnitte vorquellenden Knötchen an, obzwar es mir auffiel, dass ihre Farbe viel lichter sei als in den schon früher beobachteten Fällen und, dass auch die ausserordentliche Succulenz fehle, die ich sonst an Deciduomknoten antraf.

Die Muskulatur ist am aufgeschnittenen Uterus gut contrahirt, bis 33 mm dick, auffallend oedematös, sehr blutreich, von zahlreichen weiten Gefässen durchzogen. Im Fundus links, gerade an der Fläche des gegen die linke Tubenecke geführten Schnittes in der Muskelwand ein kleinerbsengrosses Knötchen, welches sich von der umgebenden Muskulatur weder durch die Farbe unterscheidet, noch sich von dieser schärfer abgrenzt. Diese Stelle springt nur etwas über das Niveau der Schnittfläche vor, ist dicht unter der Schleimhaut gelegen, welche das Knötchen scheinbar unverändert überzieht. An der Kuppe dieser prominenten Stelle eine Lücke.

Es wurde angenommen, dass es sich hier vielleicht um ein erkranktes Gefäss oder um eine regionäre Metastase handelt.

Die Cervix ist 4 cm lang, gegen 7 cm der Corpushöhle, zeigt nichts Auffälliges.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden vom Uterus verschiedene Stücke in die gewöhnlichen Fixirungsflüssigkeiten gebracht und nach Einbettung in Paraffin in Serien zerlegt, wobei jedoch auf ununterbrochene Reihen kein Gewicht gelegt wurde.

Zur Färbung benutzte ich mit Vorliebe Haemalaun-Eosin, für Flemming-Präparate Saffranin.

Ich beginne mit der Schilderung der histologischen Verhältnisse des Uterus. Die mikrokopische Untersuchung ergab hier ein etwas unerwartetes Resultat. Eine Geschwulst in der grob-anatomischen Bedeutung des Wortes ist überhaupt nicht vorhanden. Die Erhabenheit, deren makroskopisches Verhalten ausführlich beschrieben wurde und die bei genauer Betrachtung als Geschwulst imponiren musste, ist eigentlich nicht als solche anzusprechen; gleichwohl ist hier die Stelle, von welcher die maligne Neubildung ausgeht.

In der Mitte dieser flachen Erhabenheit findet man das Oberflächenepithel schön cylindrisch; stellenweise ist es recht hoch, etwas aufgefasert, mit basal gestellten, ruhenden Kernen. An anderen Stellen ist das Epithel niedriger und von cubischer Form. Wieder andere Stellen sind dadurch besonders bemerkenswert, dass das Deckepithel vollkommen fehlt. Hier liegt das Bindegewebe bloss und zeigt eine starke Verdichtung. Aus diesem Grunde möchte ich glauben, dass hier narbige Veränderungen vorhanden sind, die noch von der Ausräumung der Blasenmole herrühren. Etwas auffallend ist es allerdings, dass sich der Epithelüberzug in so langer Zeit — seit der Geburt waren mehr als zwei Wochen verstrichen — nicht wieder hergestellt hatte. Gegen eine Schädigung der Oberfläche durch die Behandlung des Objektes, was noch in Frage kommen könnte, spricht aber auch der Umstand, dass ich diesen Befund an mehreren Stückchen antraf. Vielleicht trägt an der mangelhaften Regeneration des Oberflächenepithels an diesen Stellen die eitrige Entzündung bei, welche man an allen Stellen der geschwulstartigen Erhabenheit constatiren kann. Die Oberfläche ist nämlich allenthalben mit einer dicken Schicht Eiters bedeckt, in welchem Mikroorganismen nicht nachzuweisen sind. Sowohl an den mit Epithel bekleideten, als an den nackten Stellen ist auch das Bindegewebe und zwar stellenweise sehr stark eitrig infiltrirt. Das Schleimhautbindegewebe lagert nur in dünner Schicht über der Muscularis, spärliche, beträchtlich erweiterte Drüsenräume enthaltend. Eine decidua-ähnliche Beschaffenheit hat jedoch das Bindegewebe nirgends mehr. Der Zellüberzug in den erweiterten Drüsenräumen ist meist ein niedriges, cubisches Epithel. In einzelnen Drüsen ist das Epithel abgestossen und lagert in grossen Haufen im Drüsenraum. Vielfach trifft man Drüsen bis in die oberen Schichten der Muscularis reichend an. Die eitrige Infiltration beschränkt sich nicht allein auf die Schleimhaut, sondern sie erstreckt sich auch tief in die Muskelwand des Uterus hinein, hier vorwiegend den Lymph- und Blutgefässen folgend. Mikroorganismen können auch in den Infiltrationsherden des Gewebes nicht nachgewiesen werden.

Am meisten überrascht war ich, als die bei der makroskopischen Beschreibung als Geschwulstknoten angesprochenen kugeligen Erhabenheiten sich nicht als solche erwiesen. Es handelt

sich vielmehr um anämisch nekrotische Herde der Muskulatur. Die normale Zeichnung der Muskelfasern fehlt; die Kerne sind nur noch hier und da zu erkennen und der ganze Herd färbt sich diffus mit Eosin. Dabei scheint das Gewebe etwas bröcklig zu sein, denn es entstehen an derartigen Stellen des Schnittes sehr leicht vielfache Risse. Die Herde beginnen meist an der Oberfläche oder knapp unter derselben, sind von rundlicher Form, gegen die Tiefe etwas keilförmig sich verjüngend.

In diesen Herden nun erkennt man eben noch grosse zellige Elemente, deren Kerne etwas Farbe aufnehmen. Dieselben Zellen trifft man aber auch an zahlreichen Stellen wohlerhaltener Muskulatur an. Sie lagern hier in einzelnen, gut färbbaren Exemplaren zwischen den Muskelfasern. Es sind grosse, Sarkomzellen ähnliche Gebilde mit zartem, meist längsovalem Protoplasmaleib und verhältnissmässig grossem, rundlichem, diffus färbbarem, gewöhnlich einfachem Kern. Aber auch mehrkernige derartige Zellen sind nicht selten. Kernteilungsfiguren konnte ich in diesen Zellen nirgends auffinden. Sie liegen, wie erwähnt, meist einzeln oder in spärlicher Anzahl nebeneinander, zwischen den Muskelfasern. Auffallend ist, dass man diese Geschwulstelemente in grosser Zahl in der Umgebung von Gefässen, insbesondere venösen Gefässen sieht, in welche sie an einzelnen Stellen auch einbrechen. Ein grösseres erkranktes Gefäss konnte ich zunächst jedoch nicht finden. Demgemäss fehlen auch in diesem Falle ausgebreitetere Haemorrhagien im Gewebe vollkommen.

Anfangs schien es mir sehr befremdend, dass man die Einbruchsstelle dieser Geschwulstelemente von der Oberffäche her nirgends nachweisen könne. Wohl traf ich Geschwulstzellen auch in der Mucosa an, aber in spärlicher Zahl und ich hatte entschieden den Eindruck gewonnen, dass sie von der darunter liegenden Muskulatur eingewandert seien. Es konnte daher der Verdacht bestehen, dass wir es hier mit einer sarkomatösen Neubildung, ausgehend von der Muscularis oder dem Bindegewebe, zu thun haben. Aber viele Momente sprachen schon jetzt gegen eine solche Annahme. Nirgends kann man nämlich die direkte Abstammung dieser Elemente vom Bindegewebe oder den Muskelfasern nachweisen. Immer liegen die Zellen in deutlich erkennbaren Hohlräumen zwischen den Muskelfasern oder dem Bindegewebe, parallel zum Verlauf der Faserung. Gelegentlich durchdringen sie aber die Muskelfasern auch in senkrechter Richtung, indem sie diese ersetzen.

In hunderten von Schnitten habe ich bei sorgfältiger Durchmusterung immer nur dasselbe einförmige Bild sehen können, bis ich in Präparaten von einem grösseren Stücke über die Verhältnisse dieses höchst interessanten Falles Klarheit gewann.

Gerade am Rande dieser Schnitte, die der Mitte der geschwulstartigen Erhabenheit angehören, findet sich nahe zur Oberfläche ein grosser venöser Sinus und in diesem liegt ein grosser Stamm einer Chorionzotte. Das Gebilde scheint nicht mehr gut ernährt zu sein. Aber ein Zweifel kann darüber nicht

bestehen, dass es eine Zotte ist. Es ist eine gefässlose Chorionzotte, an welcher die Zellschicht und das Syncytium stellenweise noch deutlich erkennbar ist. An der Zottenoberfläche sind, frei im Gefässraum liegend, grosse Gruppen kleiner Zellen vorhanden, die wohl von der Langhans'schen Zellschicht abstammen. Aber auch direkt vom Syncytium abstammende grosse zellige Elemente finden sich in dem blutleeren Gefässsinus und diese sind vollkommen identisch mit den zerstreut in die Muskulatur eingelagerten Geschwulstzellen. Die Gefässwand ist zum Theil intakt; in grosser Ausdehnung ist sie jedoch von den Geschwulstelementen durchbrochen, und auch in der umgebenden Muskulatur sind diese Elemente in so grosser Zahl vorhanden, dass daran nicht zu zweifeln ist, ihr Ausgangspunkt sei an der im Gefässraum gefundenen Zotte gelegen. Dabei kann man hier nur diejenigen Zellen finden, welche auch anderwärts im Gewebe angetroffen worden sind und von denen es sich also nachweisen lässt, dass sie vom Syncytium abstammen. Die Elemente der Langhans'schen Zellschicht sind nur an der Oberfläche der Zotte in Wucherung begriffen; im mütterlichen Gewebe sind diese Zellen nirgends auffindbar.

Zu erwähnen ist, dass sich das Muskelgewebe um den Gefässsinus herum in weit vorgeschrittener regressiver Metamorphose befindet. Von Hämorrhagien ist auch hier nichts zu sehen. Die histologischen Veränderungen sind also ganz analoge, wie an den Stellen der bereits beschriebenen grossen nekrotischen Herde.

Bevor ich dieses erkrankte Gefäss mit der Chorionzotte gesehen hatte, dachte ich zunächst daran, dass die Neubildung vielleicht von den serotinalen Wanderzellen ausgegangen sei. Dafür ergab sich jedoch kein sicherer Anhaltspunkt. Nunmehr konnte aus dem Befunde mit grosser Sicherheit auf die Entstehung der Neubildung geschlossen werden. Es handelt sich im Anschluss an eine Blasenmole um ein malignes Neoplasma, welches noch während der Schwangerschaft vom Syncytium der Chorionzotten ausgegangen war. Nachdem die Langhans'sche Zellschicht an dieser Neubildung nicht nachweislich beteiligt ist, kann man von einem Syncytioma malignum oder einem Carcinoma syncytiale sprechen. Der Nachweis, dass die Neubildung von Chorionzotten ausgeht, welche im Gefässsinus und zwar bis tief in die Muskelwand des Uterus vorgedrungen waren, konnte allerdings nur an einer Stelle erbracht werden. Die vollkommen analogen histologischen Verhältnisse an den anderen beschriebenen Stellen sprechen nun sehr für die nämliche Herkunft der Geschwulstelemente an allen Orten, wo diese anzutreffen sind. Ich glaube daher in diesem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen zu können, dass die Neubildung weder von der Oberfläche noch von den serotinalen Wanderzellen ausgegangen ist.

Nachdem wir an Stelle der eingangs beschriebenen geschwulstartigen Erhabenheit Chorionzotten in einem Gefässe an-

getroffen haben, so können wir hieraus den Schluss ziehen, dass es sich hier um die Stelle der Serotina handelt. Hierfür spricht auch die geschilderte Beschaffenheit der Drüsen in der Mucosa. Es bestätigt sich somit auch die ursprüngliche Vermutung, dass die geschwulstartige Erhabenheit der primären Haftstelle des Eies entspricht.

Es ist dies, so weit ich die Litteratur des malignen Deciduoms übersehe, der erste Fall, noch zur Zeit, in welchem als sich die Blasenmole im Uterus befand, eine Scheidenmetastase beobachtet wurde. Aber auch der histologische Befund, durch welchen als Ausgangsort der malignen Neubildung Chorionzotten nachgewiesen werden konnten, welche in Gefässsinus hineingewuchert waren, ist seit der Klarstellung der Histogenese des malignen Deciduoms durch Marchand, hier zum ersten Male erhoben worden. Wohl dürften aber in einzelnen älteren Fällen ähnliche Verhältnisse vorgelegen haben. Auch habe ich in einem Falle von destruirender Blasenmole stellenweise analoge Veränderungen angetroffen. Aber in diesem letzteren Falle ging die maligne Neubildung nicht allein von erkrankten Gefässen aus, sondern auch von der Oberfläche. Die syncytialen Geschwulstelemente, welche von den Chorionzotten in das umgebende Muskelgewebe des Uterus einwucherten, zeigten ein vollkommen gleichartiges Verhalten, wie in dem hier beschriebenen neuen Falle und ich kann diesbezüglich auf die Abbildung 7 meiner früheren Arbeit[1]) verweisen. In dem Falle von destruirender Blasenmole waren aber auch die Elemente der Langhans'schen Zellschicht beteiligt. Ich möchte jedoch bezüglich dieses Falles hier nochmals hervorheben, dass die Wucherungen der Zellschicht hinter den Gewulstelementen, die als syncytiale Abkömmlinge anzusehen sind, weit zurückbleiben und dass ein zusammenhängendes Geschwulstgewebe mit den schlauchartigen Wucherungen hier ebenfalls fehlt. Ich habe dann später[2]) die Ansicht ausgesprochen, dass die destruirende Blasenmole mit dem malignen Deciduom identisch sei. In Berichtigung dieses zu weit gehenden Ausspruches, möchte ich nunmehr diese Ansicht nur für den beschriebenen Fall aufrecht erhalten.

Für diesen wurde ja die maligne Neubildung mit Beteiligung beider Sorten des epithelialen Ueberzuges der Chorionzotten nachgewiesen. Es ist jedoch hierdurch noch nicht bewiesen, dass in jedem Falle von abnorm tiefem Einwuchern der Chorionzotten in die Gefässe der Uteruswand eine maligne Neubildung vorhanden sein müsse. Das ist freilich eine andere Frage, ob ein derartig einfacher Wachstumsexcess der Blasenzotten den Namen einer destruirenden Blasenmole überhaupt verdient. Weitere Untersuchungen werden darauf achten müssen, ob nicht vielleicht in jedem Falle von destruirender Mole in dem gewöhnlichen Sinne eine maligne Neubildung vorliegt. Ich möchte glauben, dass der

[1]) l. c.
[2]) Wr. klin. Woch. 1896, No. 27.

Umstand, ob die Chorionzotten bei der Blasenmole in geringerem oder erhöhtem Masse in die Gefässe einwuchern, als Eintheilungsprincip nicht wird beibehalten werden können. Andere Momente werden von nun an massgebend sein in der Einteilung der Blasenmolen, wie sich das aus den mitzuteilenden Befunden ergeben wird.

Kehre ich nun zu unserem Falle von Blasenmole mit Scheidenmetastase zurück, so geht aus dem Vergleiche mit dem herangezogenen Falle von „destruirender" Blasenmole hervor, dass sich diese beiden Fälle ziemlich nahe stehen. Erkrankungsherde um die Gefässe hier wie dort. Bei der destruirenden Mole überdies maligne Neubildung von der Serotina ausgehend und Beteiligung beider Elemente des zelligen Ueberzuges der Chorionzotten, in dem neuen Falle ausschliessliche Beteiligung des Syncytiums.

Auch in dem ersten, von mir mitgeteilten Falle von malignem Deciduom nach Blasenmole[1]) lagen ähnliche Verhältnisse vor wie in dem neuem Falle, d. h. an denjenigen Stellen, wo Geschwulstherde um die Gefässe herum angetroffen worden waren. An der Neubildung beteiligten sich jedoch auch hier beide Zellsorten und da war es nun, sowie in einem Falle von maligner Neubildung nach rechzeitiger Schwangerschaft[2]) an der Uterusoberfläche zur Bildung einer Geschwulst im grob-anatomischen Sinne des Wortes gekommen. Man trifft in diesen Fällen denn auch das typische Geschwulstgewebe an, während in dem neuen Falle und bei der destruirenden Mole, wo keine Geschwulst vorhanden war und insbesondere das Syncytium beteiligt ist, das schlauchartige Geschwulstgewebe vermisst wurde. In dem neuen Falle sind die syncytialen Geschwulstelemente stellenweise so dicht beisammen, dass es fast den Anschein hat, als ob sie gewebsartig zusammenhängen würden. Bei stärkerer Vergrösserung kann man jedoch stets zwischen den Zellen Reste von Muskelbündeln nachweisen.

Die mikroskopische Untersuchung anderer Stellen der Uterusschleimhaut ergab allenthalben kleinzellige Infiltration, sonst nichts Besonderes. Hervorzuheben ist, dass Geschwulstelemente mit Ausnahme der beschriebenen Erhabenheit nirgends im Uterus aufzufinden waren. Insbesondere auch an derjenigen Stelle des Fundus nicht, wo bei Betrachtung der Verdacht bestand, es könnte sich um eine regionäre Metastase handeln. In zahlreichen Präparaten war nichts Auffälliges zu bemerken und nur in den letzten Schnitten des untersuchten Stückes sind in der Umgebung eines Gefässes Blutaustritte im Gewebe. Vielleicht ist in der Nähe ein erkranktes Gefäss.

Die Untersuchung der Scheidenmetastase lieferte ein höchst bemerkenswertes Resultat. Ich hatte den Knoten in zwei gleich grosse Hälften geteilt und begann eine Hälfte von der Mitte her

---

[1]) l. c.
[2]) Wr. klin. Woch. 1896, Nr. 36.

zu schneiden. In den ersten Schnitten, welche also dem Centrum der Metastase entsprachen, sieht man, dass der Hauptanteil der Geschwulst aus Blut besteht, welches von grossen Fibrinzügen durchzogen ist. Im Blut finden sich zahlreiche, grosse syncytiale Geschwulstzellen, in ihrer Form und Beschaffenheit vollständig identisch mit denjenigen, welche wir in der Muskelwand des Uterus angetroffen haben. Hier liegen sie ganz regellos im Blute umher oder sie setzen sich an den Rändern von Blutklumpen oder Fibrinstreifen an. Vielfach sieht man auch Riesenzellen ähnliche, syncytiale Klumpen oder guirlandenartige Wucherungen in solcher Anordnung. Ein Verhalten, das ich bereits in einem früheren Falle beschrieb[1]).

Durch das Vorhandensein kleiner Zellen, welche an wuchernde Elemente der Langhans'schen Zellschicht erinnerten, aufmerksam gemacht, fand ich in der Nähe dieser Zellen einzelne Chorionzotten. Die Chorionzotten tragen auch hier, wie in dem leeren Gefässsinus der Uteruswand die Zeichen der schlechten Ernährung. Man kann vielleicht besser von Zottenresten sprechen. Aber es kann keinem Zweifel unterliegen, dass es wirklich Chorionzotten sind, die in die Scheidenmetastase geraten waren. Sie finden sich nur in den dem Centrum des Knotens entsprechenden Schnitten. Ich selbst habe auf die Möglichkeit einer Fehldiagnose von Chorionzotten in der Scheidenmetastase aufmerksam gemacht, weil ich hier Gebilde sah, die einfach durch die Umwucherung von Fibrin oder von abgetrennten Gewebsfetzen mit Syncytium ein auf den ersten Blick täuschend zottenähnliches Aussehen erhalten hatten. Hier war es nun ganz leicht, die Diagnose, dass echte Chorionzotten in der Scheidenmetastase vorhanden seien, zu stellen. Denn man fand an dem, übrigens deutlich als Zottenstroma erkennbaren Bindegewebe die beiden Zellsorten in der gewöhnlichen Anordnung. Die Zellen der Langhans'schen Schicht sind nur in der Umgebung der Zotten zu kleinen Häufchen gewuchert, das Syncytium jedoch rings um diese geschrumpften Zottenreste in viel stärkerer Wucherung begriffen. Theils sind es zarte Protoplasmabänder, welche, vielfach geschlängelt, frei liegen, theils sind es die bereits mehrfach beschriebenen, grossen Geschwulstzellen. Die Zotten sind hier, wie auch im Gefässsinus der Uteruswand, gefässlos.

In späteren Schnitten, welche den äusseren Partien der Scheidenmetastase angehören, finden sich keine Zotten. Da kommt nebst dem Blut mit Geschwulstelementen das umgebende Gewebe der Scheidenhaut zum Vorschein; die hier vorhandenen Gefässe sind frei.

Der Befund von Chorionzotten in der Scheidenmetastase ist bisher, soweit mir bekannt, nur in dem Falle von Apfelstedt und Aschoff[2]) gemacht worden. In diesem Falle sah

[1]) Mon. f. Geb. u. Gyn., l. c.
[2]) Arch. f. Gyn. Bd. 50, Heft 3.

man schon mit freiem Auge in dem eröffneten Tumor der Scheide eine kleine „Blasenmole". Bemerkenswert ist die Notiz, dass die Scheidenmetastase bereits acht Tage nach spontaner Ausstossung der Blasenmole aus dem Uterus constatirt wurde und dass die Frau schon während der Schwangerschaft an der Stelle, wo sich die Metastase befand, Schmerzhaftigkeit und Anschwellung bemerkte. Es dürfte somit auch in diesem Falle, so wie in dem unsrigen eine maligne Neubildung vorhanden gewesen sein, deren Entstehung in die Zeit der Schwangerschaft fällt.

Bezüglich der Frage, wie die Entstehung der Scheidenmetastase in meinem Falle zu erklären ist, gehe ich von der Ansicht aus, dass die maligne Entartuug der zelligen Elemente des Epithelmantels der Chorionzotten das Primäre sei. Die Folge hiervon sind die noch zu beschreibenden Veränderungen der Blasenmole selbst und die Einwucherung der Geschwulstelemente in die Uteruswand. Der Scheidenknoten entstand in diesem Falle durch die Verschleppung von Blasenzotten, welche Geschwulstkeime mit sich führten. Es hätte aber die Metastase auch durch die alleinige Fortschleppung von Geschulstelementen auf dem Wege der Blutbahn sich entwickeln können — wie ja das aus anderen Fällen bekannt ist — und man kann daher das Vorhandensein von Chorionzotten in der Metastase nicht als das Wesentliche ansehen. Es ergiebt sich aus meinem Falle auch kein Anhaltspunkt, welcher diejenige Ansicht von Apfelstedt zu stützen geeignet wäre, dass sich die verschleppten Chorionzotten an fremdem Orte anheften, weiter entwickeln und so zu metastatischer Tumorbildung Anlass geben würden.

Ich möchte hier schliesslich noch bemerken, dass es sich in dem hier beschriebenen Falle zweifellos um eine maligne Neubildung und nicht etwa nur um Wanderzellen handelt. Hierin bestärkt mich — abgesehen von allen anderen Umständen des Falles — der histologische Befund im Uterus selbst. Die ausserordentliche Zahl der in der Uteruswand anzutreffenden syncytialen Elemente, welche stellenweise nach Art eines Geschwulstgewebes zusammenhängen, die starke Zerstörung von Muskelgewebe und Gefässwänden an solchen Parthien sind Momente, welche sonst nicht vorkommen und mit Sicherheit annehmen lassen, dass in diesem Falle eine maligne Neubildung vorliege.

Die hier mitgeteilten Beobachtungen gestalten unseren Fall, wie ich glaube, zu einem hochwichtigen für die Lehre der sich im Anschluss an die Schwangerschaft entwickelnden malignen Neubildungen. Denn wir sind nun in der Erkenntnis dieser Neoplasmen um die Erfahrung reicher, dass die maligne Neubildung schon während der Schwangerschaft beginnen kann. Ich habe allerdings diesen Nachweis schon in dem von mir beschriebenen Falle von destruirender Blasenmole erbracht und habe seither an dieser Thatsache auch festgehalten. Aber so eklatant war die Sache in dem früheren Falle nicht. Es handelte sich hier vielmehr um einen nachträglich gemachten histologischen Befund, und die klinischen Erscheinungen während der Gravidität deuteten in

keiner Weise auf eine maligne Neubildung. Nur zufällig, wegen lebensgefährlicher Blutung während der Ausräumung der Mole gelangten wir damals zu dem notwendigen Entschlusse, den Uterus zu exstirpiren und somit zur Diagnose der malignen Neubildung. In dem neuerlichen Falle hingegen kam es noch während der Schwangerschaft zur Metastasenbildung in der Scheide. Also die Blasenmole selbst kann die Erscheinungen machen, welche sonst bösartige Neugebilde im Körper verursachen. Wenn auch die in der Scheidenmetastase angetroffenen Chorionzotten nach dem mitgeteilten histologischen Befunde einfach als durch die Blutbahn verschleppte Gewebsteile anzusehen sind, so ist doch zu beachten, dass diese Gewebsteile gleichzeitig die Träger der Geschwulstkeime sind. Ueberall, wo diese hingelangen, macht sich ihre Malignität geltend in der schrankenlosen Durchwucherung und Ersetzung der Gewebe.

Man kann daher die Blasenmole nicht mehr als ein so ganz harmloses Gebilde ansehen. Bis vor kurzer Zeit noch schenkte man einer Blasenmole nur insofern Bedeutung, als sie meist mit stärkeren Blutverlusten für die Frau einhergeht und die Patientin deswegen Aufsicht und Behandlung benötigte. War aber die Mole abgegangen oder ausgeräumt worden, so entliess man die Frau bald aus der Beobachtung und bekümmerte sich nicht weiter um sie. Man war überzeugt davon, dass mit der Entfernung der Mole aus dem Uterus jede weitere Gefahr für die Gesundheit der Frau vorüber sei.

Seitdem Sänger im Jahre 1889 zum ersten Male das maligne Deciduom beschrieb[1]), wurde auf diese sich im Anschluss an die Schwangerschaft entwickelnden Neubildungen die allgemeine Aufmerksamkeit gelenkt. Die immer häufiger werdenden Beobachtungen lehrten, dass gerade die Blasenmole in einer verhältnissmässig grossen Zahl derartiger Neoplasmen der Entstehung des malignen Deciduoms vorhergegangen war. Herbert Spencer[2]) hat nach einer Zusammenstellung von 40 Fällen des malignen Deciduoms 18 mal, d. h. in 45 pCt., die Angabe verzeichnet gefunden, dass eine Blasenmole vorausgegangen sei.

Zu der Frage, in welcher ätiologischen Beziehung die maligne Neubildung zur Blasenmole und zu dem Ei überhaupt stehe, nahmen die Autoren in verschiedener Weise Stellung. Anfangs war man der Ansicht, dass die maligne Neubildung von der Decidua ausgehe. Seit Marchand[3]) aber den histogenetischen Ursprung fast für alle bis dahin bekannt gewordenen Fälle von maligner Neubildung im Anschluss an die Gravidität von den epithelialen Elementen der Chorionzotten nachwies, scheint die Ansicht allgemein verbreitet zu sein, dass sich das maligne Deciduom von zurückgebliebenen Eiresten, also erst nach abgelaufener Schwangerschaft entwickle. Wenn auch Einzelne die

[1]) Cent. f. Gyn., p. 133, und Arch. f. Gyn., Bd. 44.
[2]) Quarterly med. Journ. Juli 1896.
[3]) Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. I Heft 5 u. 6.

Meinung vertraten, dass die maligne Neubildung schon vor Beginn der Gravidität vorhanden gewesen sein könne (Veit), so war dies ebenso nur eine Hypothese wie diejenige von Kossmann, der die Entstehung der von ihm als Carcinoma syncytiale benannten Geschwulst in die Zeit der Schwangerschaft selbst verlegte. Auf Grund der mitgeteilten Befunde ist nunmehr als erwiesene Thatsache anzusehen, dass die Neubildung wirklich schon während der Schwangerschaft entstehen könne. Dieser Nachweis wurde sowohl in dem Falle von destruirender Blasenmole als in dem eingangs beschriebenen erbracht.

Dies war nun eine so auffällige Thatsache, dass es mir notwendig schien, sämtliche mir zur Verfügung stehende Blasenmolen auf ihr mikroskopisches Verhalten hin zu untersuchen. Denn es war von vorne herein nicht ausgeschlossen, dass in den Fällen, in denen die maligne Neubildung schon während der Schwangerschaft begonnen hatte, vielleicht an der Blasenmole selbst gewisse Merkmale der malignen Degeneration aufzufinden sein würden. Und es war möglich, dass auch in solchen Fällen, in welchen die klinischen Erscheinungen vermuten liessen, dass die Neubildung erst nach abgelaufener Schwangerschaft entstanden war, der Beginn der malignen Degeneration dennoch in die Zeit der Gravidität zurückreichte. Ich ging dabei von der Voraussetzung aus, dass die an dem Aufbau des malignen Deciduoms beteiligten zelligen Elemente der Chorionzotten in den Fällen, in denen am Uterus selbst eine maligne Neubildung constatirt worden war, sich in der Blasenmole vielleicht anders verhielten als in den gewöhnlichen Fällen von Blasenmole. In der Hoffnung, etwaige charakteristische Unterscheidungsmerkmale aufzufinden, hatte ich nebst dem wissenschaftlichen Interesse für die Sache insbesondere das Ziel vor Augen, Anhaltspunkte für die möglichst frühzeitige Diagnose des malignen Deciduoms zu gewinnen.

Im Museum der Klinik Schauta befinden sich derzeit im Ganzen 16 Blasenmolen. Ein Theil dieser Objekte stammt aus einer Zeit, in der das Laboratorium der Klinik noch nicht eingerichtet war, und diese Molen sind ungenügend signirt. Acht derartige Präparate sind es, von denen es jetzt unmöglich ist, nachzuweisen, von welchen Frauen sie herstammen. Für die weiteren Erörterungen sollen diese acht Blasenmolen zunächst nicht in Betracht gezogen werden. In gewissem Sinne sind jedoch auch diese zu verwerten, und ich werde auf dieselben noch zurückkommen. Nach Ausscheidung dieser acht Blasenmolen verbleiben weitere acht derartige Fälle, von denen ich hier einige anamnestische Daten anführe.

1. Christine V., eine 26jährige Frau, die fünf Mal spontan geboren, zwei Mal abortirt hat. Am 9. Februar 1892, 3½ Monate nach der letzten Periode wurde bei dieser Pat. eine Blasenmole ausgeräumt. Am 16. Februar wurde die Frau nach fieberlosem Wochenbett als gesund entlassen.

Neuesten Erkundigungen zufolge ist sie auch dauernd gesund geblieben. Mai 1893 hatte die Frau wieder am normalen Schwangerschaftsende geboren. November 1895 Abortus im vierten Monat. Die Placenta soll manuell gelöst worden sein. Nach dem Abortus bestand noch zwei Wochen

lang Blutabgang. Seither befindet sich die Frau wieder dauernd wohl, die Periode ist regelmässig, 2—3tägig und mässig.

Ein zweiter Fall von gewöhnlicher Blasenmole kam im Februar 1895 zur Beobachtung. Derselbe betraf eine 30jährige Frau (Anna D.), welche zum siebenten Male schwanger war. Die Frau hat sich nach Abgang der Mole, diese wurde 5½ Monate nach der letzten Periode ausgestossen, bald erholt und ist jetzt vollständig gesund.

Der dritte Fall kam im April 1895 vor. Bei einer 25jährigen Frau (Anna Sch.), die schon einmal geboren hatte, ging die Blasenmole 3½ Monate nach der letzten Menstruation zum Theil spontan ab, zum Theil wurden noch im Uterus befindliche Molenmassen digital entfernt. Auch diese Frau befindet sich ganz wohl, sie hat seither, im November 1896, wieder geboren.

Der vierte Fall von Blasenmole kam dann im Oktober 1895 zur Beobachtung. Josephine N., eine 31jährige Frau, die vorher einmal geboren hatte; die letzte regelmässige Periode hatte vor fast 4 Monaten stattgefunden. Diese Frau ist gleichfalls dauernd gesund geblieben; sie ist jetzt wieder hochschwanger.

Der fünfte Fall von Blasenmole betrifft eine 21jährige, zum ersten Male schwangere Frau (Alma S.), die im März 1896 an die Klinik aufgenommen wurde. Diese Frau war nach Ausräumung der Mole, welche fast 5½ Monate nach der letzten Periode erfolgte, durch den Blutverlust sehr geschwächt: sie machte dann einen schweren Puerperalprozess durch und erholte sich nur langsam. Vor Kurzem erfuhr ich, dass sie nunmehr vollständig gesund sei.

Wir haben hier also zunächst fünf Fälle von Blasenmolen, die wir gesondert betrachten wollen. Von der genauen Wiedergabe der Krankheitsgeschichten konnte abgesehen werden, da diese durchwegs typische sind. Der älteste dieser Fälle ist vor jetzt fünf Jahren vorgekommen, der jüngste ist ein Jahr alt. Als wesentlich ergiebt sich ferner, dass alle diese Frauen nach Ausräumung der Mole dauernd gesund geblieben sind; drei von ihnen sind seither wieder schwanger geworden.

Bei der makroskopischen Betrachtung dieser Blasenmolen merkt man keine auffallenden Unterschiede. Sie bestehen aus den bekannten blasigen Gebilden, welche mittels dünner Stiele zusammenhängen. Die Grösse der einzelnen Blasen ist eine verschiedene; dass insbesondere an den älteren Präparaten die Blasen meist klein und zusammengefallen sind, dürfte wohl auf das lange Liegen in Alkohol zu beziehen sein. Von einer Eihöhle ist in keinem dieser fünf Blasenmolen mehr etwas zu sehen.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden von jeder Mole kleine Träubchen, nach vollständiger Durchhärtung in Alkohol, in Paraffin eingebettet. Dabei passirt es ganz gewöhnlich, dass die grösseren Bläschen, oft unter hörbarem Geräusch, platzen. Offenbar zerreisst die Wand der mit Flüssigkeit gefüllten grösseren Blasen, wenn Chloroform und Paraffin in der Wärme diffundiren. Anfangs hatte ich versucht, intakte Molenbläschen in Paraffin einzubetten, wie das bei der Celloidineinbettung gelingt. Trotz diesbezüglicher Misserfolge blieb ich bei der Paraffineinbettung, denn das Platzen der Blasen ist eher ein Vorteil. Es kommt ja gar nicht darauf an, die Blase, die man doch mit freiem Auge sieht, in der ursprünglichen Form und Grösse auch unter dem Mikroskop zu haben. Solche grosse Blasen enthalten im Innern zum grössten Theil Flüssigkeit und hierdurch ist das Stroma in

in ein weites Maschenwerk aufgelöst. Fällt die Blase zusammen, so fliesst der flüssige Inhalt aus, die Maschen rücken aneinander und die Wand ist gefaltet. Diese Veränderung des Objektes durch die Behandlung macht jedoch der Untersuchung keinen Eintrag; schon deswegen nicht, weil die im Folgenden zu beschreibenden wichtigen Veränderungen an den grossen Blasen meist fehlen. Dadurch aber, dass die eingebetteten Molenstückchen etwas zusammenfallen, kann man verhältnissmässig viele solcher Blasen in einen Schnitt bekommen und das ist jedenfalls ein Vorteil. Die kleineren Blasen und diejenigen, welche nicht viel Flüssigkeit enthalten, bewahren übrigens ihre Form.

Die mikroskopische Untersuchung der Blasenmolen in den vorhin kurz mitgeteilten fünf Fällen ergab durchwegs das nämliche Resultat. Das histologische Bild der Blasenmole ist zu genau bekannt, als dass es nötig wäre, hierauf näher einzugehen. Doch will ich der Vollständigkeit halber das Wichtigste des Befundes in diesen Fällen hervorheben.

Die Chorionzotten sind sehr stark vergrössert, teilweise durch Ansammlung von Flüssigkeit in dem stark rareficirten Bindegewebe, teils durch Vermehrung des Stroma. Die Flüssigkeit enthält vorwiegend Schleim, was man in den Präparaten, welche mit Hämatoxylin gefärbt sind, an der Blaufärbung homogener Massen erkennt. An den geplatzten Blasen sieht man das Stroma nur in den äusseren Schichten erhalten, während im Innern der Zotte ein grosser mit Schleim gefüllter Hohlraum vorhanden ist. In denjenigen Zotten, in denen eine stärkere Flüssigkeitsansammlung bestanden haben mag, sind die Fasern des Chorionbindegewebes häufig stark auseinander gedrängt, das Stroma ist also stark rareficirt. Man sieht aber auch Zotten, in welchen das Stroma mächtig entwickelt ist und ich muss daran festhalten, dass bei der Blasenmole eine derartige Vermehrung des Zottenstroma sicher vorkommt. In den eben hier in Rede stehenden fünf Blasenmolen ist diese Vermehrung nur stellenweise und in geringem Maasse vorhanden und es überwiegen hier die degenerativen Veränderungen des Chorionbindegewebes.

Marchand[1]), dem ich mich nach meinen Untersuchungen anschliesse, hat in der Frage über die pathologische Stellung der Blasenmole nachdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich hier nicht um Myxom im Sinne der Geschwulstlehre handelt, also nicht um proliferirende myxomatöse Zottenwucherungen, sondern blos um gequollene und mehr oder weniger in Degeneration begriffene Zotten. Er betrachtet die Blasenzotten „nur als Resultat einer gewissen regellosen Wucherung mit hydropischer Quellung und schliesslicher Nekrose". Ich schliesse mich dieser Ansicht im Wesentlichen an; nur glaube ich, dass die Bezeichnung „regellose Wucherung" keine Missdeutung erfahren darf. Die bei der Blasenmole unzweifelhaft vorkommende Hyperplasie des Bindegewebes ist ja regellos, denn sie besteht normalerweise nicht.

[1]) Ueber den Bau der Blasenmole. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 32.

Aber unter regellos darf man nicht atypisch verstehen; das Wachsthum ist wohl erhöht, aber typisch und daher als Hyperplasie zu bezeichnen. Von einer atypischen Wucherung ist für gewöhnlich nichts zu sehen und selbst wenn die Zotte zu einer nussgrossen Blase vergrössert ist, so ist sie immer noch eine mit Epithel überzogene Chorionzotte, allerdings eine stark veränderte. In den grossen Blasen ist von der Hyperplasie des Bindegewebes freilich meist nicht viel zu sehen, weil hier eben die degenerativen Veränderungen überwiegen. Die Veränderungen des Zottenstroma bei der Blasenmole sind also aufzufassen als Hyperplasie einerseits, Degeneration (hydropische Quellung nach Marchand) andererseits. Nach Untersuchungen an anderen Blasenmolen, die noch Erwähnung finden werden, geht hervor, dass die Hyperplasie des Bindegewebes an manchen Blasenmolen, in welchen die fibröse Beschaffenheit der Blasen schon makroskopisch zu erkennen ist, auch ohne stärkere Degeneration der Zotten vorkommt.

Was die nekrotischen Veränderungen anlangt, so muss man diese als letzte Stufe der Degeneration ansehen, als zufällige Ernährungsstörung. Denn sowohl Hyperplasie als Degeneration kommen vor bei fehlenden Zeichen der Nekrose im Stroma. Weit vorgeschrittene Nekrose traf ich in Blasenmolen an, bei welchen laut Anamnese lange Zeit hindurch Blutungen bestanden und die Mole längere Zeit getragen wurde.

Ueber das Stroma ist sonst nicht viel zu sagen. Es wird dargestellt durch die bekannten feinen, netzartig zusammenhängenden Fibrillen mit spärlich eingelagerten, länglich ovalen, schmalen Kernen. Ist das Stroma dichter, so sind die Kerne etwas grösser; ist das Gewebe stark nekrotisch, so erscheinen die Kerne in dem schlecht färbbaren, fast homogenen Stroma, wie isolirt liegend und rundlich, sie sind überdies etwas grösser, wie gequollen und durchscheinend.

Ueber das Verhalten des epithelialen Zellüberzuges der Chorionzotten bei der Blasenmole liegen vielfache, im Wesentlichen übereinstimmende Angaben vor. Auf eine ältere Arbeit von Mettenheimer werde ich später noch zurückkommen. Betrachten wir zunächst einige neuere Arbeiten, so finden wir bei Marchand[1]) eine sehr genaue Beschreibung dieser histologischen Verhältnisse. Nach ihm sind sowohl die Elemente der Zellschicht, als das Syncytium bei der Blasenmole in starker Wucherung begriffen. Die Zellschicht ist oft und insbesondere an den degenerirten Zotten verdickt; es kommen auch Wucherungen vor, wie sie den insulären Zellknoten entsprechen. Von den Veränderungen des Syncytium beschreibt Marchand die bekannten keulenförmigen Auswüchse an der Oberfläche der Zotte, welche man mit dem Zottenwachstum in Zusammenhang gebracht hat; dann vielkernige syncytiale Massen, die frei in der Nähe von Zotten liegen. An diesen Zellwucherungen werden sehr häufig Veränderungen angetroffen, die Marchand als hydropische De-

[1]) l. c.

generation beschreibt und dann als weiter vorgeschrittene, ebenfalls sehr häufige Veränderung des Syncytium, die „fibrinöse" Umwandlung. Die syncytialen Wucherungen stellen dann klumpige, balkenförmige Massen dar, wodurch die Zotten miteinander verklebt sind.

Aus der letzten Zeit liegen dann noch von L. Fraenkel[1]) Untersuchungen über Blasenmolen vor. Nebst den gewöhnlichen Veränderungen werden insbesondere die Wucherungen der Zellschicht und des Syncytium eingehend geschildert. Von den Wucherungen des Syncytium werden die Keulen beschrieben, dann die grösseren, guirlandenartigen Protoplasmamassen an der Zottenoberfläche. Als Wucherungen der Langhans'schen Zellschicht beschreibt Fraenkel Zellcomplexe, welche zwischen dem Zottenstroma und dem Syncytium, häufig an der Zottenspitze gelagert sind. Es scheint Fränkel die Richtigkeit der Erklärung, welche Heinz[2]) für derartige Bilder gegeben hat, nicht ausgeschlossen. Dieser Autor beschreibt nämlich das Zottenstroma im jüngsten Stadium als „zusammengesetzt aus polyedrischen, einander abplattenden, keine Intercellularsubstanz erkennen lassenden grossen Zellen mit runden oder ovalen Kernen; das Gewebe stellt sich als embryonales Bindegewebe dar." Wenn diese, von Fraenkel zur Erklärung der beschriebenen Wucherungen herangezogene Ansicht auch nicht von der Hand zu weisen ist, so möchte ich doch auf Grund der gelieferten Zeichnungen speciell für diejenigen Zellcomplexe, von denen angegeben wird, dass sie sich im Stroma befinden, glauben, dass es sich um Zellwucherungen der Zottenoberfläche handelt. Diese Zellen liegen meiner Ansicht nach nicht im Stroma, sondern auf dem Stroma, und das ist ein wesentlicher Unterschied. Als gewöhnliche Lagerung der Zellwucherungen gibt ja auch Fraenkel die Lagerung derselben am Zottenrande an und das ist bereits beschrieben worden. Eine zweite Lagerungsform der grossen Zellen besteht nach F. darin, dass diese „das Stroma einer ganzen Zotte oder eines Zottenastes für sich bilden." Ich kann jedoch der Bezeichnung dieser, auch in meinen Präparaten vielfach vorkommenden Zellcomplexe als Zotten nicht beistimmen. Zum Begriffe einer Zotte gehört das bindegewebige Stroma mit dem Epithelmantel. Und man kann auch nicht sagen, dass das Stroma der Zotte von grossen Zellherden gebildet wird, deren Zusammenhang „mit der unter dem Epithelmantel der Mutterzotte gelegenen einfachen Schicht grosser Zellen" nachweisbar ist. Es sind das eben Wucherungen der Zellschicht oder vielleicht Flachschnitte von Zottenästen und wenn diese Zellcomplexe auch vom Syncytium überzogen sind, — denn F. hebt selbst hervor, dass ein Uebergang der eigentlichen Zottenstromazellen in diese Zellherde nirgends nachweisbar sei, — so kann man sie deswegen noch nicht als Zotten bezeichnen.

---

[1]) Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren. Arch. f. Gyn. Bd. 49, p. 481.

[2]) Arch. f. Gyn. Bd. 33, p. 437.

Wenn ich nun in dieser Weise Stellung nehme gegen die Bezeichnung oder Deutung histologischer Bilder, deren Vorkommen ich nicht im Geringsten bezweifle, so geschieht dies nur deswegen, weil aus meinen Untersuchungen hervorgehen wird, wie ausserordentlich wichtig es ist, das Verhalten des epithelialen Zellüberzuges der Chorionzotten zum bindegewebigen Stroma der Zotte festzustellen. Und wenn dann Fraenkel sagt, dass seine Bilder mit jenen übereinstimmen, die von den malignen Chorionzottentumoren und teilweise auch von Deciduomen beschrieben und gezeichnet worden sind, so kann ich ihm nur insofern folgen, als es in seinem 2. Schlusssatze heisst: „Diese Wucherungen sind histologisch den Elementen der malignen Chorionzottentumoren, theilweise wahrscheinlich auch der sogen. Deciduosarcome gleichwertig." Oder anders gesagt: In der Blasenmole finden sich an der Zottenoberfläche Wucherungen, welche von denselben Elementen ausgehen, die sich an dem Aufbau der nach Blasenmole entstandenen malignen Neubildungen beteiligen. Aber die Annahme, „dass die histologischen Befunde in diesen malignen Tumoren, die von den Chorionzotten, theilweise auch der Decidua, ausgehen, sich mit vielen Stellen aus durchaus typischen, gutartigen Blasenmolen vollkommen decken", scheint mir zu weit gehend.

Die Wucherungen, welche Gottschalk als sarkomatös entartete Zotten beschrieb und die wir nunmehr als das für die typischen malignen Deciduome charakteristische Geschwulstgewebe kennen, hat Fraenkel in seinen Blasenmolen nicht gefunden. In seinen Zellwucherungen fehlt die innige Durchwucherung beider zelligen Elemente, was seit der Darstellung Marchand's als wesentliches Merkmal dieses malignen Geschwulstgewebes angesehen werden muss.

Diese Auseinandersetzungen zeigen, wie weit unsere Kenntnisse über das Verhalten der Zottenepithelien bei der Blasenmole reichen und ich kehre nun zu meinen eigenen Fällen wieder zurück. Wie für das Stroma bereits erwähnt, sind auch die Veränderungen des epithelialen Zellüberzuges der Chorionzotten in diesen Fällen entsprechend den Befunden, wie sie nach Ausführung der erwähnten Autoren eben dargelegt worden sind. Sowohl das Syncytium als die Zellschicht sind an der Oberfläche der Zotten in Wucherung begriffen. Das Syncytium überzieht hierbei meist die Elemente der Zellschicht in Form von vielgestaltigen Protoplasmazügen, vielfach Vacuolen bildend. Die Zellschicht ist jedoch in diesen Blasenmolen nicht constant; sie ist an vielen Zotten nicht mehr nachweisbar oder nur stellenweise, ein Verhalten, welches auch Fraenkel hervorhebt. Die Zellwucherungen sind an zahlreichen Stellen schlecht erhalten, was zum Theil auf das lange Liegen im Alkohol, zum Theil auf Coagulationsnekrose zu beziehen ist. Häufig sind die Zotten durch homogene, kernlose Massen an einander gekittet, die wahrscheinlich vorwiegend syncytialen Wucherungen entsprechen. Das erkennt man an den stellenweise noch erhaltenen Kernen und ihrer Anordnung. Auch grosse, zwischen den Blasenzotten

lagernde Zellhaufen trifft man nicht selten an und diese stammen wohl meist von der Zellschicht ab. Im Allgemeinen bekam ich den Eindruck, dass die Zellwucherungen in den Blasenmolen mit vorgeschrittener Degeneration der Zotten sehr beträchtlich sind. In denjenigen Blasenmolen aber, in welchen das Zottenstroma eine deutliche Hyperplasie aufweist, ohne dass die degenerativen Veränderungen weit vorgeschritten wären, — es sind das einige von den acht nicht signirten Blasenmolen — schienen mir die Zellwucherungen viel geringer zu sein. Bemerkt sei noch schliesslich, dass die Blasenzotten gewöhnlich gefässlos sind.

(Schluss im nächsten Heft.)

III.

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.

Zur Kenntnis der Amnionanomalieen.

Von

OTTO von FRANQUÉ.

(Hierzu Tafel III.)

Gelegentlich der Untersuchung pathologischer Placenten stiess ich auf ein Präparat, welches von Seiten des Amnion einen merkwürdigen Befund darbot, der mir geeignet erscheint, auf gewisse seltene Geschwulstformen und überhaupt auf die Pathologie dieses Organs ein gewisses Licht zu werfen. Die Nachgeburt, auf die ich wegen der am chorialen Teil nachweisbaren Veränderungen an anderer Stelle noch zurückkommen werde[1]), stammte von einer 19jährigen Primipara, welche am Ende des neunten Schwangerschaftsmonats ein 44 cm langes, schlecht genährtes Kind gebar, das nach zwei Stunden starb. Die Placenta wog 400 g; die fötale Fläche des Amnion war nicht glatt, sondern bedeckt von einer Anzahl warzen- oder knötchenförmiger Erhabenheiten, deren grösste 6 mm lang und 2—3 mm dick war; daneben traten auch mehr flächenhaft ausgebreitete Auflagerungen von unregelmässiger Oberfläche auf. Die Gebilde fanden sich über die ganze Placenta verteilt, auch am Rand und auf den freien Eihäuten in der Nähe desselben. Die Knötchen schienen zum Teil zwischen Falten des Amnion zu liegen, zum Teil ragten sie frei empor und liessen sich mit der Pincette leicht abheben, aber nicht ohne dass eine Gewebsverletzung entstand, ein zarter, anscheinend aus Bindegewebsfasern bestehender Stiel zerriss (s. Fig. 1). Die Farbe war gelblich-weiss, die Konsistenz von der des umgebenden Gewebes nicht verschieden.

---

[1]) S. Verhandlungen des 7. Versammlung d. D. Ges. f. Gyn. Leipzig 1897.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich ausser den schon makroskopisch auffallenden Knötchen noch eine grosse Zahl kleiner und kleinster analoger Gebilde, sodass sich die Entstehung derselben von den ersten Anfängen aus genau verfolgen liess. Es stellte sich heraus, dass es sich ursprünglich thatsächlich um Auflagerungen auf das Amnion handelte. Dünnere oder dickere Klümpchen einer bald mehr körnigen, bald mehr scholligen oder geschichteten Substanz liegen auf dem Amnionepithel, welches darunter deutlich abgeplattet erscheint, an den Rändern der Auflagerung aber in reaktive Wucherung geraten ist und sich an denselben in die Höhe zu schieben beginnt (s. Fig. 2). An anderen Stellen ist das Epithel an der Basis der Auflagerung verschwunden, während es am Rande mehr weniger stark verdickt und geschichtet ist; es kann dann aussehen, als ob die Substanz der Auflagerung aus dem bindegewebigen Stroma des Amnion, das Epithel durchbrechend, hervorgequollen sei. Viele der kleinsten Flöckchen lassen nicht sicher erkennen, aus was eigentlich die Auflagerung besteht, andere, besonders aber die schon makroskopisch sichtbaren Knötchen geben deutlichen Aufschluss; sie sind gebildet aus locker zusammengeballten Haufen grosser plattenförmiger Zellen, deren Protoplasma kaum, deren Kern nur schwach gefärbt ist; die Mehrzahl ist überhaupt kernlos, in unbestimmt begrenzte Schollen verwandelt, eingehüllt in fädige und körnige Massen, die bei Hämatoxylinanwendung eine diffuse grau-violette Farbe angenommen haben; dazwischen kommen ganz dünne, gebogene Schüppchen vor, die bei der van Gieson'schen Färbung gelb geworden sind und sich von den übrigen, roten Schollen gut abheben; sie sehen genau so aus wie die obersten, kernlos gewordenen und verhornten Zellen der Epidermis. Bisher konnte man noch glauben, dass diese Zellhaufen entstanden seien aus einer Schichtung und entsprechenden Umwandlung der Amniosepithelien; am Rande der Auflagerungen ergeben sich thatsächlich Bilder, die keinen Zweifel lassen, dass die gewucherten Epithelien zum Teil zu Grunde gehen und sich den nekrobiotischen Massen anfügen. Aber der Befund intakten und komprimirten Epithels unter den kleineren, das stellenweise Fehlen desselben unter den grösseren Auflagerungen spricht dagegen, dass die letzteren in der Hauptsache in diesem Sinne gedeutet werden dürften. Bald stiess ich auch auf ein Bild, das eine ganz andere Erklärung zur Gewissheit erhob; eingepflanzt in die z. T. amorphe, z. T. noch die zellige Herkunft verratende Masse fand sich nämlich ein kleiner Büschel von Lanugohärchen und bei näherem Zusehen entdeckte man auch im Innern der Masse noch kurze, abgebrochene Stummel von solchen (s. Fig. 4f und 2b)[1]). Es war somit klar, dass die ganzen Gebilde in

[1]) Um etwaige Zweifel bezüglich der Identität des Befundes zu zerstreuen, erinnere ich daran, dass Lanugohaare niemals eine Marksubstanz besitzen (Kölliker, Gewebelehre, 6. Aufl., S. 241, Bd. I). Uebrigens habe ich Lanugohärchen aus dem Meconium ad hoc verglichen.

letzter Linie zurückzuführen sind auf Produkte der kindlichen Haut (Vernix caseosa, abgeschilferte Epidermis, Wollhaare), die sich auf die Amniosfläche niedergeschlagen hatten.

Das Merkwürdige ist nun, dass diese offenbar nekrobiotischen Massen zu kleinen Klümpchen zusammengebacken, mit dem Amnion in feste Verbindung getreten sind, wie schon die makroskopische Untersuchung lehrte; die mikroskopische bestätigt, dass es sich um eine wirkliche Verwachsung, um eine bindegewebige Organisation der Auflagerungen von Seiten des Amnion handelt. Vielfach sieht man da, wo das Epithel fehlt, zarte, spindelförmige, sehr lang gestreckte Zellen aus dem Stroma des Amnion zwischen die Auflagerungen einsprossen. An solchen Stellen erscheint die hyaline, kernlose Bindegewebsschicht, welche sich dicht unter dem Epithel des reifen Amnion befindet, unterbrochen, wie aufgefasert in lockeres, fibrilläres Bindegewebe; anderwärts, besonders schön an den van Gieson'schen Präparaten, sieht man die blautingirten Zellen die glänzend rote hyaline Schicht senkrecht durchsetzen, um sich mit dem ausserordentlich zarten Netz anastomosirender Bindegewebszellen zu verbinden, welches die epidermoidalen Auflagerungen nach allen Richtungen durchzieht (s. Fig. 3 u. 4). Auch das Amnionstroma selbst zeigt eine ausgesprochene Vermehrung der fixen Bindegewebszellen, deren Protoplasmaleib, wenn er von der Fläche gesehen wird, eine respektable Grösse und oft sehr unregelmässige, mit Ausläufern versehene Form zeigt.

An der Peripherie der mehr cirkumskripten Knötchen (s. Fig. 3) ist hier und da schon ein etwas festeres, konzentrisch geschichtetes, fibrilläres Bindegewebe gebildet, das auf der Kuppe des Gebildes, von den Seiten her zusammenfliessend, eine geschlossene Kapsel bildet, der wohl die umschriebene Knötchenform die Entstehung verdankt. Mitunter erscheint die epidermoidale Masse förmlich eingelagert in das Stroma des Amnion. Besonders ist dies der Fall an den öfters zu findenden Stellen, wo ein Thal zwischen zwei Faltungen des Amnion vollständig von der Auflagerung ausgefüllt ist. Die einander gegenüberliegenden Seiten der Falten entbehren des Epithels, das Bindegewebe dringt von beiden Seiten her in die Füllmasse ein; auf einer kleinen Schnittserie lässt sich die allmähliche Vereinigung solcher Amniosfalten an der Spitze verfolgen, sodass jetzt das Bild einer innerhalb des Amnion entstandenen im Centrum im Zerfall begriffenen Neubildung oder einer Erweichungscyste dargeboten wird[1]). Bei anderen Knötchen, z. B. bei den grössten (s. Fig. 1b), beschränkt sich die feste bindegewebige Verwachsung nur auf eine schmale Brücke, während die Hauptmasse des gleichwohl vom amniotischen Bindegewebe durch- und überzogenen

[1]) Amniocysten, durch Verwachsung von Falten entstanden, aber mit Epithel ausgekleidet und ohne epidermoidale Bestandteile, beschreibt Ahlfeld, Arch. f. Gyn. Bd. XIII. S. 165.

Klümpchens frei dem Amnion aufliegt, durch einen Spalt von dem Epithel des letzteren getrennt. Dieses schiebt sich sogar eine Strecke weit auf der Unterfläche der Auflagerung fort. Diese Gebilde erscheinen also wie kleine, gestielte Geschwülstchen des Amnion. Blutgefässe fehlen vollständig; doch will ich nicht unerwähnt lassen, dass sich in den Spalten, die zwischen den Knötchen und dem Amnion hier und da übrig geblieben sind, rote Blutzellen in grosser Zahl finden, und dass auch innerhalb der Massen an einigen Stellen Häufchen von Wanderzellen mit gelappten Kernen vorkommen. Man könnte an eine Diapedese von den Choriongefässen her denken, einfacher ist vielleicht die Annahme, dass diese Blutbestandteile erst nachträglich an die Fundorte gelangten, während die umgestülpte Placenta den Genitalschlauch passirte.

Der ganze Vorgang erinnert auf das lebhafteste an die bindegewebige Organisation fremder Auflagerungen von Seiten der serösen Häute, z. B. bei dem Pseudomyxoma peritonei, nur mit dem Unterschiede, dass in unserem Falle das Gefässsystem vollständig ausgeschaltet ist. Gerade die Thatsache, dass eine gefässlose Haut im Stande ist, eine derartige bindegewebige Organisation zu bewerkstelligen, scheint mir von allgemeinerem Interesse. Warum in diesem Falle diese wahre Verwachsung der gewiss in jedem Fruchtsack sich findenden Niederschläge erfolgte, vermag ich nicht zu sagen; vielleicht nahm das Amnion von vornherein an dem entzündlichen Reizzustand, der sich im Chorion durch eine ausgebreitete Gefässerkrankung zu erkennen gab, teil und reagirte deshalb in dieser abnormen Weise auf den an sich wohl physiologischen Reiz der Auflagerungen. Dafür spricht die starke Kernvermehrung im Stroma des Amnion. Die gleichzeitige Erkrankung des Chorion kann man kaum auch als Folge der epidermoidalen Auflagerungen auffassen, während man die Veränderungen des Amnion sehr wohl als Folgezustand der letzteren, als eine reaktive Entzündung, betrachten kann. Wie mir scheint, ist der Nachweis einer derartigen Reaktions- und Proliferationsfähigkeit des Amnion auch mit Rücksicht auf die Lehre von den Missbildungen nicht ganz ohne Interesse. Aetiologisch könnte man in erster Linie an Lues denken, doch zeigte sich weder bei der Mutter, noch bei dem obducirten Kinde, noch an der Placenta irgend etwas spezifisch Luetisches.

Was hierher gehörige Angaben in der Litteratur anlangt, so halte ich es für möglich, dass schon Winkler[1]) Aehnliches vor sich gehabt hat. Er beschreibt „ganz eigenthümliche Massen, welche aus den Trichterlücken des Amnionepithels heraushingen, mit einem schmalen Stiel die Lücken passirten und sich dann aussen keulenförmig verdickten; die Massen waren völlig homogen, machten ganz den Eindruck von Intercellularsubstanz, waren

[1]) Textur, Structur und Zellleben in den Adnexen des menschlichen Eies. Jena 1870. S. 16.

frei von zelligen Elementen und an den keulenförmigen Enden meist etwas macerirt". Winkler „weiss selbst nichts mit diesen Gebilden anzufangen", und seine etwas unvollkommene Abbildung lässt auch keine weiteren Schlussfolgerungen zu. Ich habe seine Beschreibung angeführt, weil sie auf einzelne der kleinsten amorphen Auflagerungen meiner Beobachtung ganz gut passt.

Noch mehr erinnert Ahlfeld's[1]) Abbildung und makroskopische Beschreibung von „multiplen Dermoiden des Amnion" an die hier beschriebenen Knötchen. „12 erbsen- bis bohnengrosse Gebilde waren einem Arzte bei Ausführung der Wendung in die Hohlhand gekommen; sie schwammen frei im Fruchtwasser; am entwickelten Kind und an den Nachgeburtsteilen konnte nichts Auffallendes bemerkt werden". Denkt man sich die grösseren der meinem Präparate aufsitzenden Knötchen gelegentlich eines operativen Eingriffes abgelöst, so konnte sie ganz ebenso in die Erscheinung treten; die mikroskopische Beschreibung Ahlfeld's lässt freilich manches Abweichende erkennen. „Die äussere Hülle besteht aus dem Bindegewebsteile des Amnion, dem an einzelnen Stellen andere, Blutgefässe enthaltende Bindegewebsfasern anhaften". Diese blutführende Bindegewebsschicht führt Ahlfeld auf das Allantoisstroma oder das spätere Chorionbindegewebe zurück. „An einer Stelle ein durch Bindegewebe gebildeter Höcker, der wohl den Stiel bezeichnete, mittels welchem die Geschwulst angeheftet war, ehe sie sich löste und in das Amnionwasser frei zu liegen kam. Die Innenwand der Tumoren ist durch die Epithelschicht des Amnion gebildet, deren Zellen überall in gleich ausgezeichneter Weise erhalten sind. Die ganze Höhle wird durch Epithelzellen vollständig ausgefüllt, die sich ebenfalls ganz prächtig konservirt haben und auch in ihrem Protoplasma noch aussergewöhnlich intakt aussehen". Trotz dieser Unterschiede möchte ich einen ähnlichen Entstehungsmodus dieser eigentümlichen Gebilde, wie in meinem Falle für möglich halten, weil auch die mikroskopische Abbildung sehr an meine Präparate erinnert und die dort gezeichneten grossen Plattenepithelien sehr wohl abgeschilferte Epidermiszellen sein können, allerdings in sehr viel besserem Erhaltungszustand. Die in einer früheren Mitteilung Ahlfeld's beschriebenen Zotten gehören, trotz einiger Analogien des mikroskopischen Bildes wohl kaum hierher, zumal Ahlfeld Uebergangsbilder zu den gewöhnlichen Carunkelbildungen nachweisen konnte.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Einige der Auflagerungen auf dem Amnion bei Lupenvergrösserung (2 : 1), im Durchschnitt nach dem Celloidinblock gezeichnet.

---

[1]) Berichte und Arbeiten aus der geb. gyn. Klinik zu Marburg. B. II. 1885. S. 200.

[2]) Ueber die Zotten des Amnion. Archiv f. Gyn. 1874. Bd. VI.

Fig. 2. Kleinste epidermoidale Auflagerung (*a*) bei starker Vergrösserung (Zeiss O_2 S. DD), Amnionepithel darunter abgeplattet, am Rande in Wucherung begriffen. *b* eingeschlossenes Lanugohärchen.

Fig. 3. Knötchen *a* der Fig. 1 bei schwacher Vergrösserung (Zeiss Oc_2 S. DD. Tubus 170 mm). *a* Chorion, *b* Amnion. *c* Amnionepithel.

Fig. 4. Weniger scharf begrenzte epidermoidale Auflagerung mit Lanugohärchen (*f*.). (Zeiss Oc_2 Obj. A, Tubus 170 mm.) *a*) Amnion, *b*) Homogene, subepitheliale Schicht desselben, *d* Amnionepithel, *e* dasselbe, flachgetroffen, *c* Stelle, wo das amniotische Bindegewebe durch eine Lücke des Epithels in die epidermoidale Auflagerung eindringt.

IV.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Jena.

Ueber die Lebensfähigkeit im Uterus zurückgehaltener Decidua.

Von

Dr. O. FALK.

(Hierzu Tafel IV.)

Dass unter gewissen Bedingungen nach einer Schwangerschaft im Uterus zurückgebliebene Eihautreste ihre Lebensfähigkeit, ja sogar eine enorm gesteigerte Proliferationsfähigkeit behalten können, ist heute eine bekannte Thatsache. Die Arbeiten von Sänger, Marchand, Fränkel, Gottschalk, Neumann haben uns jene destruierenden, malignen, von zurückgebliebenen Eiresten ausgehenden Neoplasmen kennen gelehrt. Wucherungen der Decidua excessiver Natur sind von Virchow, Strassmann, Gusserow, Dohrn und in jüngster Zeit von Bulius beschrieben worden. Einen vereinzelt dastehenden Fall von adenomatöser Proliferation in utero sitzen gebliebenen Deciduarestes, auf den ich unten zurückkommen werde, verdanken wir einer Beobachtung Küstners.

Aber alle citierten Fälle, die die Lebensfähigkeit zurückgehaltener Eireste beweisen, sind doch rar im Vergleich mit jenen, wo Gewebs- und Zellzerfall das Schicksal der ungenügend ernährten Eireste sind.

So konnte Neumann in seinem „Beitrag zur Lehre vom malignem Deciduom“ [1]) der von den Zottenepithelien ausgehenden malignen Neubildung gerade die degenerativen Veränderungen der Eireste bei gewöhnlichen Placentarpolypen entgegenstellen; — degenerative Veränderungen, die nur eben noch eine Differenzierung der Eireste ermöglichen. —

---

[1]) Beitrag zur Lehre vom malignen Deciduom von Dr. Julius Neumann. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie Bd. III Heft V.

Da ich bei der mikroskopischen Untersuchung mehrerer Placentarpolypen stets Befunde erhob, die dem Neumann'schen analog waren, so citiere ich der Einfachheit halber jenen Autor:

„Der Tumor (Placentarpolyp) wird seiner Hauptmasse nach von Chorionzotten gebildet, welche in einem Netzwerk dichten Fibrins eingelagert sind." Und weiter: „Interessant ist nun der Zusammenhang des Tumor mit der Mucosa. Hier findet man grosse Gruppen von polygonalen oder rhombischen Zellen mit kleinen bläschenförmigen, wenig gefärbten Kernen und zwischen diesen Zellen wieder einzelne kleine, spindelförmige Elemente. Diese letzteren halte ich für die Reste der Decidua serotina, während die grossen Zellgruppen den Zellsäulen entsprechen dürften.

Eine deutliche Abgrenzung der Mucosa von dieser Partie, etwa durch Fibrin, ist nicht vorhanden. Es wäre aber nicht unmöglich, dass hier überall Deciduagewebe vorliegt, obzwar es unwahrscheinlich ist, dass sich dieses längere Zeit in seiner Form erhält. Es spricht auch gegen diese Annahme der Mangel an Gefässen in den betreffenden Partien. Bemerkenswert ist ferner, dass man einzelne derartige Zellen weit vorgeschoben in der Schleimhaut antrifft, während als syncytiale Wanderzellen höchstens nur ganz wenige Zellen gehalten werden dürften. Unter der schmalen Schicht von Mucosa trifft man zahlreiche, sehr erweiterte Drüsen, so dass das Gewebe zwischen ihnen bis auf schmale Septen reduziert ist. Das Drüsenepithel ist vielfach abgestossen und lagert im Drüsenlumen; wo es erhalten, ist es von kubischer Gestalt."

Dieses vorausgeschickt, erlaube ich mir über einen im vergangenen Jahre erhobenen mikroskopischen Befund eines Placentarpolypen zu berichten, welcher in wesentlichen Punkten von den gewöhnlich sich bei der mikroskopischen Untersuchung darbietenden Bildern abweicht.

Die Anamnese des Falles ist kurz die folgende:

Die 44jährige Frau L. F. war seit ihrem 16. Lebensjahre immer regelmässig 4tägig und mit einem Intervall von 24 Tagen menstruiert. Sie hatte zwischen den Jahren 1875 urd 1895 dreizehn normale Entbindungen und fieberfreie Puerperien durchgemacht. Ende Dezember 1895 abortierte sie etwa im zweiten Monate. Ein hinzugezogener Arzt soll die Gebärmutter ausgeräumt haben, worauf P. noch 6 Wochen geblutet hat. Dann sistierten die Blutungen und hielten den gewöhnlichen Menstruationstypus ein. Am 22. Juli aber trat, nachdem die letzte regelmässige Periode 6 Wochen zurücklag, eine anfänglich starke Blutung mit Abgang von Stücken auf, die schwächer werdend, ununterbrochen bis zum 27. August, dem Tage der Aufnahme der P. andauerte.

Es handelt sich um eine mittelgrosse, gracil gebaute, sehr anämische Frau. Der Uterus erweist sich anteflectiert liegend, etwas vergrössert von ziemlich derber Consistenz. Das Uteruscavum ist $8\frac{1}{2}$ cm lang. Ein 8 mm dicker Conus dringt mit Leichtigkeit bis zum Fundus. Es besteht eine mässige Blutung aus dem Uterus. —

Während dreier Tage wird der Uterus fest mit steriler Gaze tamponiert. Am 2. September lässt sich das cavum uteri bequem abtasten. Dabei findet sich überall glatte Mucosa. Nur an der vorderen Wand des Fundus, wenig über dem inneren Muttermund, wird ein weicher, ziemlich breit aufsitzender Polyp getastet. Derselbe wird mit Schultze'scher Löffelzange entfernt und daran anschliessend eine Abrasio mucosae vorgenommen. Tamponade des Uterus mit steriler Gaze. Am 3. Tage post operationem Entfernung der Gaze, Ausspülung des Uterus mit Lysol. Entlassung der P. 7 Tage später. Laut Bericht hat P. 4 Wochen nach ihrer Entlassung eine normale Regel gehabt.

Der entfernte Tumor ist 2 cm lang und $\frac{3}{4}$ cm breit von weicher Consistenz und grauroter Farbe.

Die mikroskopische Untersuchung des in Paraffin nach Alkoholhärtung eingebetteten Tumor ergiebt seine Zusammensetzung aus drei verschiedenen Schichten. Der Oberfläche des Polypen entspricht eine Lage sehr gut erhaltener Chorionzotten (Ch. Z.) mit durchweg gut tinguierten Kernen, ja mit z. T. deutlich doppelten Zellreihen als Contour der Zotten. Diese Zotten tauchen z. T. in grössere, mit Fibrin (F.) und roten Blutkörperchen ausgefüllte Hohlräume, — meistens aber grenzen sie direkt an eine Schicht sehr zellreichen Gewebes, dessen grosse Zellen absolut decidualen Charakter (DZ.) tragen. Diese zweite Schicht verliert sich nun gegen die Basis des Tumor zu, — nicht überall, aber an mehreren Stellen, — mehr weniger scharf sich abhebend, in ein Gewebe, das auf den ersten Blick einer normalen Uterusmucosa auffallend gleicht. Mancherorts erscheinen die Stromazellen etwas grösser als man sie in der normalen Uterusmucosa zu sehen gewohnt ist. Auch sind die Drüsenlumina (D.) nicht sehr dicht gesät. Sie sind stellenweise etwas erweitert. Die Drüsenepithelien sind z. T. deutlich cylindrische Zellen mit am Grunde stehenden, sehr gut färbbaren Kernen; — z. T. zeigen sie mehr den Charakter cubischen Epithels und liegen dann öfter desquamiert im Lumen der Drüse.

Die mikroskopische Untersuchung der durch Curettement gewonnenen Schleimhautpartien ergab lediglich das Bild einer interstitiellen Endometritis. Deciduazellen fehlten gänzlich. —

Auffallend erscheint mir nun an dem Bilde dieses Placentarpolypen das Verhalten der die Basis bildenden Mucosaschicht. Die Anamnese des Falles ergiebt wohl ziemlich eindeutig eine etwas über vierwöchentliche Retention des Polypen in utero nach Unterbrechung einer etwa einmonatlichen Schwangerschaft.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst, welches Bild wir bei einer etwa 5—6 wöchentlichen Decidua erwarten mussten, wenn es sich um einen frischen Abort gehandelt hätte. Ich citiere da die diesbezüglichen Sätze aus der bekannten Arbeit Leopold's[1]) über die Uterusschleimhaut.

„Ein Schnitt durch die Decidua vera — (der 5—8. Woche) — im Zusammenhange mit Reflexa und Serotina zeigt, dass auch die Serotina nichts Anderes als hypertrophische Uterusschleimhaut ist. In der Tiefe die spongiöse, nach oben die zellenreiche Schicht. Nur sind die Drüsen vorwiegend in die Breite und zu unregelmässigen Räumen verzogen, und ihre Epithelien in lebhafter Umwandlung. In den Drüsenfundi noch in regelmässigen Ketten von Würfeln oder plattenähnlichen Zellen angeordnet, sind sie weiter aufwärts in Verfettung, Quellung, glasiger Auftreibung, bilden Zacken und Vorsprünge, lösen sich von den Wänden ab und liegen zu Haufen als Staub oder Körnchenmasse im Lumen. Solche Drüsenräume, deren Innenwand nunmehr von einer Kette langgestreckter Deciduazellen gebildet wird, sind weiter aufwärts nur an diesem charakteristischen Inhalte als erweiterte Drüsen zu erkennen; da, wo der Inhalt fehlt, können die Räume der Analogie nach nur für Drüsen angesehen werden."

---

[1]) Studien über die Uterusschleimhaut während Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett von G. Leopold. Archiv für Gynäkologie Bd. XI. pag. 453.

Ich glaube nun, dass ein Vergleich der Decidua des von mir gewonnenen Placentarpolypen mit der geschilderten Decidua des gleichalterigen aber frischen, nicht 4 Wochen retentiert gewesenen Eirestes darum von Interesse ist, weil nicht, wie zu erwarten, degenerative, sondern eher proliferative Prozesse sich während der Retentionszeit abgespielt zu haben scheinen.

Die Drüsen ergaben sich nicht zu unregelmässigen Räumen verzogen, ihr Epithel ist gut färbbar. Es fehlt wohl stellenweise; niemals aber fand es sich als Staub, Körnchenmasse etc. im Lumen liegend. — Gegenüber der Beschreibung gewöhnlicher Placentarpolypen muss ich nochmals die Lebensfrische des Gewebes hervorheben. Es liessen sich einerseits Gefässe nachweisen, auch ist im Gegensatz zu der von Neumann gegebenen, oben citierten Beschreibung das Gewebe zwischen den Drüsenlumina nicht bis auf schmale Septen reduziert. Das scheint mir auch ein Unterschied zu sein gegenüber den jüngst von Heuck[1]) gegebenen Schilderungen mikroskopischer Befunde bei Eihautretentionen.

Heuck beobachtete an Stückchen von retentierten Eihäuten, die durch Curettement gewonnen waren, Deciduazellen — ähnliche Elemente in drüsenfreier Schicht und darunter Drüsen in Gewebe, das nur aus dichtstehenden, kleinen, meist runden Kernen bestand. Die Drüsen waren aber vermehrt und erweitert, von sägeförmiger Bildung mit stark ins Drüsenlumen vorspringenden Leisten, auf denen manchmal hohes Cylinderepithel fächerförmig aufsass. Ihre Septen waren vielfach durch die bedeutende Vermehrung und Erweiterung der Drüsen nur ganz schmal.

Es bleibt mir jetzt noch übrig, eine Arbeit zu citieren, die mich eigentlich dazu veranlasste, den mikroskopischen Befund jenes Placentarpolypen mitzuteilen, nämlich die Schilderung des mikroskopischen Bildes eines ex utero gewonnenen Tumor durch Küstner[2]) im XVIII. Bande des Archivs für Gynäkologie.

Auch in dem Küstner'schen Falle handelte es sich um einen ca. 1 cm breiten Tumor, welcher etwa 4 Wochen nach einem in der 10. Woche stattgehabten Abort wegen fortgesetzter Blutungen hatte entfernt werden müssen. Das Charakteristische in der mikroskopischen Struktur der Hauptmasse des Tumor bestand in einem der normalen Uterusmucosa sowohl in Bezug auf Stroma wie auch Drüsengewebe sehr ähnlichem Verhalten, während „zweifellose Chorionzotten" denselben als Placentarpolypen erkennen liessen. Küstner gelangte nun durch Vergleich der gewonnenen Präparate mit einer Decidua in den ersten Monaten der Schwangerschaft zu der Schlussfolgerung, dass es sich in seinem Falle um die Umwandlung eines sitzen gebliebenen Deciduarestes in ein alle Charaktere der Lebensfähigkeit tragendes Gewebe vom Bau eines Schleimpolypen handele, und giebt diesem Neoplasma den Namen Deciduom. Er betont speciell, dass es das erste Beispiel von Lebensfähigkeit der Decidua, speciell der D. ampullaris, vielleicht auch der compacta über die Dauer der Schwangerschaft hinaus sei.

---

[1]) Heuck, Beitrag zur Frage der Endometritis, insbesondere der Retentio chorii et deciduae Festschrift für Carl Ruge 1896, pag. 223.

[2]) Deciduaretention, Deciduom, Adenoma uteri von Otto Küstner, Arch. f. Gyn. Bd. XVIII, pg. 252.

Um nun auf meinen Fall zurückzukommen, so bin ich weit entfernt, jener dünnen, vielleicht nur 3 mm dicken basalen Schicht der Decidua des geschilderten Polypen die Bedeutung eines Neoplasma beimessen zu wollen. Die oben ausgeführten, eine mehr wie gewöhnlich erhaltene Lebensfähigkeit, vielleicht sogar Umwandlung in lebensfähiges Gewebe bekundenden Charaktere des von mir geschilderten Polypen, lassen aber doch wohl denselben einer besonderen Beachtung wert erscheinen. —

V.

Ueber die Anlegung des Uterusschnittes bei Sectio caesarea.

Von

CARL EVERKE,

Bochum i. W.

Am meisten angewandt und am bequemsten auszuführen ist wohl der Längsschnitt im mittleren Drittel des Uterus. — Ich hatte in dieser Weise auch in 18 Fällen von Sectio caesarea operirt und durfte wohl auch mit meiner Statistik zufrieden sein. Am 6. Mai 1896 entschloss ich mich jedoch, statt des Längsschnitts den queren Fundalschnitt zu machen und zwar aus folgenden Gründen:

1. die Entwicklung des Kindes müsste dann leichter und schneller vor sich gehen.

2. die Blutung würde, da dann der Schnitt parallel zu den Hauptgefässen liegt, gering sein.

3. die Placenta würde häufiger vermieden, da dieselbe meist an der vorderen oder hinteren Uteruswand inserirt.

4. Verwachsung der Uterus- und Bauchwunde würden nicht entstehen.

5. der Abfluss der Wundsekrete (Lochien) ist leichter; Wundinfektion weniger zu befürchten.

6. Bei späteren Schwangerschaften ist die Uterusnarbe einem geringeren Drucke ausgesetzt; (Vermeidung von Abortus, Frühgeburt und Uterusruptur).

Aus diesen theoretischen Gründen versuchte ich den queren Schnitt. Ich glaube aber Grund zu haben, denselben nicht weiter zu empfehlen.

Der Fall ist folgender:

Am 6. V. 1896 kam eine verheirathete Frau Tertling mit engem Becken zum Kaiserschnitt. Conj. diag. 10,5. — Die drei vorhergehenden Geburten wurden operativ schwer beendet, stets mit totem Kinde.

Ende der Schwangerschaft Künstliche Frühgeburt durch Einlegen eines Bougies eingeleitet. Das Kind ist aber schon zu gross, als dass es noch lebend per vias naturales geboren werden könnte. Deshalb wurde nach sechsstündigen guten Wehen zum Kaiserschnitt geschritten. Eröffnung der Bauchhöhle in Medianlinie, Hervorwälzen des Uterus, Schnitt quer über Fundus von Tubenecke zu Tubenecke. Kompression der Ligam. lat. durch die Finger des Assistenten.

Leichte Entwickelung des lebenden Kindes an den Füssen, Herausnehmen der Placenta. — Starke Blutung, welche bald stand durch Tamponade der Uterushöhle und Naht des Schnittes mit tiefen und oberflächlichen Seidenfäden.

Naht der Bauchwand.

Am 7. V. Flatus. — Abends spontaner Stuhlgang. Allgemeinbefinden gut. 38,4, 122.

Am 8. V. klagt die Wöchnerin über Husten und Brustschmerzen. T. 39,1. P. 126 kräftig.

Ueber den rechten Lungen-Unterlappen zahlreiche, grossblasige, feuchte Rasselgeräusche, vesiculäres Athmen, keine Dämpfung.

Am 9. V. über rechten Unterlappen Dämpfung, Bronchialathmen, zahlreiche Rasselgeräusche, Bauch nicht schmerzhaft, nicht aufgetrieben. Stuhl normal.

Am 10. V. auch über dem linken Unterlappen grossblasige, klingende Rasselgeräusche, vesiculäres Athmen. 38,4, 110.

Am 12. V. Nachts unbestimmtes Athmen und Rasseln. Remittirendes Fieber; geringe Diarrhoen, Bauch weder aufgetrieben noch schmerzhaft.

13. V. Diarrhoen; immer noch gering. Befund der Lunge und des Leibes wie am 12. V. 37,4, 100.

14. V. Euphorie. — Facies Hippocratica. Durchfälle nehmen zu. 38,7, 132. Rostfarbenes Sputum.

15. V. 39,8, 130. Exitus letalis. Sectionsbefund (Assistenzarzt Dr. Schütte): Diffuse Bronchitis auf beiden Seiten der Unterlappen sowohl rechts, als links verdichtet, stark bluthaltig, luftleer. Bauchdecken nicht primär verheilt. Am oberen Rande Diastase der Wundränder. Fascie und Peritoneum gut verheilt, sodass die Bauchhöhle nach aussen hin gut abgeschlossen ist. — Dünndarmschlingen zum grossen Theil mit einander verklebt, fibrinöse Auflagerungen. In der Bauchhöhle befindet sich eitriges, seröses Exsudat. Die Wunde am Uterus schlecht verheilt. Nekrose der Wundränder, sodass Kommunikationen zwischen Bauchhöhle und Uterusinnern bestehen. Demnach Causa mortis: Peritonitis septica, ausgehend von der Uteruswunde. — Die Lungenentzündung war wohl in Ausheilung begriffen und für den Tod nicht verantwortlich.

Die theoretischen Erwägungen, die mich zur Anlegung des queren Fundalschnittes führten, fand ich, soweit sie in Betracht kommen, wohl bestätigt.

Die Entwickelung der Frucht an den Füssen war leicht und schnell. Das Kind schrie sofort, während oft bei mittlerem Längsschnitt, zumal wenn die Placenta getroffen wurde, das Kind nur langsam entwickelt werden konnte, asphyktisch zur Welt kam und mit grosser Mühe wiederbelebt werden musste. Freilich war die Blutung in unserm Falle stärker, als ich erwartete; das lag aber offenbar daran, dass die Compression der Lig. lat. mit Fingern, die wir (statt Schlauch) nur noch bei Sectio, Myomotomie u. s. w. anwenden, in diesem Falle aus besonderem Grunde ungenügend war. — Der erste Assistent (Dr. S.) lag an einer Infection darnieder und der zweite Assistent (Dr. B.) kannte die Compression noch nicht so genau. Durch feste Compression der Lig. lat. zwischen Mittel- und Zeigefinger konnten wir auch sonst

bei Längsschnitt ohne grossen Blutverlust aus der Uteruswunde die Sectio beenden.

Als in diesem Falle nun die beiden äusseren tiefen Fäden, welche die dem Schnitt parallel verlaufenden Aeste der Art. sperm. int. fassten, geknotet waren, stand auch die Blutung, und die Operation war bald beendet.

Ich glaube aber behaupten zu dürfen, dass die septische Infection, die causa mortis, ausging von der Uteruswunde.

Durch die Abbindung der beiden Aeste der Art. sperm. int. war die Blutzufuhr in der Mitte des Schnittes nicht genügend, daher Nekrose der Wunde, Kommunikation zwischen Uterus und Bauchhöhle. Und so konnten septische Mikroorganismen aus dem Uterus in die Bauchhöhle gelangen.

Dieser Sepsis-Fall musste mich um so mehr überraschen, als bei den vorhergehenden letzten zwölf Fällen von Kaiserschnitt (seit 11. VII. 1891), die wir auf meiner gynäkologischen Station des hiesigen Augusta-Hospitals ausführten und zwar mit Längsschnitt, wir keinen Fall an Infection verloren haben.

Von diesen zwölf Fällen (fünf mal Porro oder Totalexstirpation und sieben mal conservative Sectio nach Sänger) starben zwei Frauen und zwar eine an Eklampsie und eine an alter Pleuritis. Die erste Frau kam, schon ca. 12 Stunden bewusstlos, zu uns und bei der Unmöglichkeit, das lebende Kind per vias naturales in diesem Falle zu entwickeln, auch nicht mit Hilfe der Dührssen'schen Cervix-Incisionen, die uns sehr oft gute Dienste thaten, wurde zum Kaiserschnitt geschritten und ein lebendes Kind entwickelt. — Die Mutter ging, obwohl nun die Krämpfe aufhörten, an der schweren Eklampsie, ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben, 14 Stunden nach der Operation zu Grunde. Bei der Sektion fand sich: Bauchwunde schon verheilt, Peritoneum gesund, Uteruswunde schön verheilt, kaum noch zu sehen.

Der zweite Todesfall ist auf Pleuritis zurückzuführen. Die Frau war dieserhalb schon mehrere Monate vor der Geburt fiebernd und bettlägerig; diese klinische Diagnose wurde auch durch die Section bestätigt.

Die übrigen 10 Fälle konnten geheilt entlassen werden und bis auf zwei ihr gesundes Kind selbst nähren. Dieser Fall T. erinnerte mich sehr an den bereits früher publicirten Fall B.[1]), den einzigen Fall von septischer Infection, der uns in hiesiger Anstalt nach Sectio caesarea vorgekommen war. Bei dieser Frau mit engem Becken war innerlich oft untersucht worden, dann wurde sie erst nach langer Geburtsdauer zur Sectio c. zu uns gebracht. Sie starb unter den Erscheinungen der Sepsis. Die Sektion bestätigte diese. — Die Uterusnaht war hier nicht exact angelegt, das Peritoneum war an einer Stelle nicht vereinigt worden. Hier entstand eine Fistel, die (bei der Sektion) einer Sonde den

[1]) Everke, Ueber Kaiserschnitt. Festschrift zur Feier des 25jährigen Jubiläums des ärztlichen Vereins des Regbezk. Arnsberg 1893.

Durchtritt in die Uterushähle gestattete. Offenbar waren durch diese Fistel die septischen Mikroorganismen aus der Uterushöhle in die Bauchhöhle gelangt und hatten die Peritonitis erregt.

Ich habe also wegen Gefahr der schlechten Heilung des Schnittes (infolge ungenügender Ernährung durch Abbindung der zuführenden Gefässe) und anschliessender septischer Infection diese Art der Anlegung des Schnittes verlassen und habe in nun folgenden 8 Fällen wieder den mittleren Längsschnitt angewandt (1 mal Totalexstirpation und 6 mal conservative Sectio nach Sänger). [1 mal Sectio in mortua (Kind lebt)]. Die Ausführung der Operation war namentlich dadurch leicht, dass ein gutgeschulter Assistent zwischen Zeige- und Mittelfinger die ganzen Lig. lat. auf jeder Seite fest zusammendrückte, namentlich die Basis derselben oder bei genügend langer Scheide mit einer Hand die Cervix und Adnexe umfasste, und also, wo Spermaticae und Uterinae fest comprimirt wurden, die Blutung auch beim mittleren Schnitt gering war und nach schneller Anlegung der tiefen Suturen die Compression unterlassen werden konnte. Wir haben nur die Digital-Compression in eben genannten Weise angewandt bei den letzten 19 Fällen zu meiner grössten Zufriedenheit und sind von der Compression mit Gummischlauch ganz abgekommen. — Freilich die Entwickelung der Frucht ist beim Fundalschnitt leichter.

Von den letzten (seit 6. V. 96) sechs conservativ Operirten starb eine an Eklampsie. Dieselbe war überhaupt als moribunda noch operirt und wurde also wenigstens ein lebendes Kind gewonnen. Die anderen 5 Fälle sind reactionslos genesen und konnten nach 2—3 Wochen entlassen werden.

Diese guten Erfolge, die ich bei der classischen Incision habe, werden mich veranlassen, in Zukunft dieser Art Schnittanlegung treu zu bleiben.

Gegen den Fundalschnitt spricht mir nun aber weiter noch folgende Erwägung. — Bei wiederholtem Kaiserschnitt an derselben Frau finden wir sehr oft die Uterusnarbe verwachsen mit dem nächsten Theil der Bauchhöhle, der vorderen Bauchwand. —

Hier sind die Adhäsionen nicht besonders lästig, im Gegentheil oft von Nutzen, indem wir dann bei einem späteren Kaiserschnitte womöglich das Kind entwickeln können zwischen den Verwachsungen, ohne die Bauchhöhle zu eröffnen. Dies gelang mir am 11. I. 97, wo ich bei derselben Frau mit engem Becken den dritten Kaiserschnitt ausführen musste. — Nur oben war ca. 2 cm breit das Peritoneum durchtrennt. — Also ist die Operation bedeutend weniger gefährlich und gewiss wird eine Frau, die wegen Beckenenge nur durch Sectio entbunden werden kann, in Anbetracht der also erlangten geringeren Lebensgefahr bei der Geburt gern die durch die Anwachsung an die Bauchwand geschaffene nicht bedeutenden Beschwerden gern hinnehmen.

Beim Fundalschnitt ist nun aber die Uteruswunde der freien Bauchhöhle zugewandt, Magen, Därme, Netz können und werden oft mit derselben verwachsen; bei der im Wochenbett vor sich gehenden physiologischen Verkleinerung des Uterus werden die angewachsenen Organe mit in das kleine Becken hinabgezogen und gewiss nachher viele heftige Beschwerden erzeugen. Fehlt nun sogar noch die primäre Heilung der Uteruswunde, entsteht hier ein Abscess, so wird derselbe bei classischer Incision nach Verwachsung der Umgebung mit vorderer Bauchwand sich nach aussen entleeren und später ausser fester Narbe keine Nachtheile bringen.

Dies erlebte ich in einem Falle (Kühlborn), den ich conservativ nach Sänger am 20. IV. 95 operirte. — Es bildeten sich hier Abscesse in der Bauchwunde, aus denen sich nach und nach fast alle Uterusseidenfäden entleerten, worauf dann eine grosse Bauchdecken-Uterus-Scheidenfistel entstand, die später nach Anfrischung geschlossen werden konnte. Die Frau soll nun wieder schwanger sein. — Ich glaube, dass wohl hier zunächst eine Infection der Uteruswunde vorlag, alsdann eine Entzündung und Verwachsung der Umgebung der Uteruswunde mit Bauchwand entstand und dann Perforation des Abscesses nach aussen. —

So endete diese Complikation ohne besondere Nachtheile. Beim Fundalschnitt würde aber der Abscess in die Bauchhöhle oder günstigen Falles in den Darm perforirt sein und die Prognose wäre immerhin sehr zweifelhaft gewesen.

Aus diesen Gründen, da ich ferner mehrmals Gelegenheit hatte, mich von der glatten Heilung des Längsschnittes bei zwei an Eklampsie gestorbenen Frauen, wie auch in 2 Fällen, wo ich den Kaiserschnitt bei derselben Frau wiederholte, zu überzeugen, denke ich auch weiter den Längsschnitt dem queren Fundalschnitt, den jüngst Fritsch[1]) mit gutem Erfolge angewandt hat und empfahl, vorzuziehen.

VI.

(Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München.)

Ueber einen Fall von Herztod intra partum bei hochgradiger Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule.

Von

Dr. TH. BRÜNINGS,

I. Assistenzarzt der Klinik.

Vortrag gehalten in der Sitzung der Münchener Gyn. Ges., Mai 1896.

Während der Osterferien 1896 ereignete sich in unserer Klinik ein Fall von Herztod bei der Geburt, der mir besonders deshalb der Mitteilung wert erscheint, da bei demselben einerseits die Folgen einer

[1]) Centralblatt für Gynaekologie 1897. No. 20.

hochgradigen Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule auf die Brustorgane, bes. das Herz, andererseits die schädlichen Wirkungen der Erkrankungen dieses Organs für Schwangerschaft und Geburt in eclatanter Weise zu Tage traten.

A. P., 32 jährige III. p. wird am 23. III. 1896 4 h. 30 p. m. von der Sanitätskolonne ins Haus gebracht, nachdem ursprünglich beabsichtigt war, bei der Part. in ihrer Wohnung die Frühgeburt wegen Herzfehlers einzuleiten.

Anamnese: Vater † an Lungenleiden, Mutter † während der Geburt, Ursache unbekannt, 1 Schwester als kleines Kind †, sonst keine Geschwister. Part. will stets kränklich gewesen sein. Sie giebt an, ihre Jugend im Kloster verlebt zu haben, wo sich durch vieles Sitzen die Verkrümmung der Wirbelsäule ausgebildet haben soll. Zeitpunkt des Laufenlernens unbekannt, Kinderkrankheiten will sie nicht durchgemacht haben. Das Herzleiden soll seit etwa 10 Jahren bestehen, als Ursache giebt Part. angestrengte Gartenarbeit an. In den letzten Jahren sollen die Beschwerden — Kopfschmerz, Herzklopfen, Atemnot — derart zugenommen haben, dass sie zuletzt nur noch schwer Treppen steigen konnte, auch bei gewöhnlichen Ausgängen litt sie, bes. bei starkem Winde, an Atemnot, so dass sie oft plötzlich stehen bleiben musste. Dabei sollen ihr die „Adern" an den Händen und in der Schläfengegend stark angeschwollen sein. Auch in der Nacht soll öfters der Atem ausgesetzt, ferner will sie viel phantasiert haben. Oefters starke Hustenanfälle, viel Stuhlverstopfung. Diese Beschwerden sollen sich beim Fortschreiten der Schwangerschaft stark verschlimmert haben. I. Periode mit 18 Jahren regelmässig, 3wöchentlich wiederkehrend, 2 bis 3 Tage dauernd, ohne Schmerzen, sehr schwach. I. Geburt vor 4 Jahren, Frühgeburt im VI. Monat gut verlaufen. Im Wochenbett unbedeutend Fieber, weshalb 14 Tage bettlägerig. Beschwerden von Seiten des Herzens in dieser Schwangerschaft nicht hochgradig. II. Geburt in hiesiger Klinik am 6. II. 94. Beschwerden von Seiten des Herzens während der Schwangerschaft so stark, dass Frühgeburt im VIII. Monat eingeleitet wurde. Dabei musste wegen Schieflage IIb Wendung und Extraction gemacht werden. Wochenbett fieberfrei. Während dieser Schwangerschaft obengenannte Beschwerden, weshalb Grav. in den letzten Tagen poliklinische Hülfe in Anspruch nahm. Wehen sollen bis jetzt noch nicht vorhanden gewesen sein, doch wird angegeben, dass heute Nachmittag ½2 Uhr Wasser abgegangen sei. Letzte Periode 14. VIII. 95. Tag der Conception unbekannt, erste Kindsbewegungen Januar 1896.

Status: Schwächliche Person von blasser Hautfarbe, im Gesicht leichte Cyanose, 1,48 m gross. An den unteren Extremitäten bis herauf zum Kniegelenk mässiges Oedem, über beiden Malleotis ext. Rötung der Haut; über dem Fussrücken beiderseits, besonders links und an der Innenseite sich bis zur Fusssohle herab erstreckend, zahlreiche, blau schwärzliche Varicen, an Ober- und Unterschenkel nur vereinzelte. Hochgradige Kyphoscoliose des oberen Abschnittes der Brustwirbelsäule nach rechts, welche durch entsprechende Scoliose des unteren Abschnittes der Brust- und der Lendenwirbelsäule nach links compensiert wird. Atmung sehr angestrengt und frequent (42 Atem-

züge in der Minute). Beim Inspirium werden die Hilfsmuskeln stark angespannt, die Nasenlöcher erweitert, die Supraclaviculargruben stark eingezogen.

Untersuchung der Lungen ergiebt: Ueber beiden Unterlappen Dämpfung und aufgehobenes Atemgeräusch, über den oberen Lungenpartieen Lungenschall und stark verschärftes Inspirium, über den hinteren oberen Abschnitten vereinzelte Rasselgeräusche.

Herzdämpfung lässt sich nach links wegen Dämpfung über dem linken untern Lungenlappen nicht abgrenzen. Spitzenstoss V. I. C. R., stark nach links über die Mammillarlinie hinaus verlagert und stark verbreitert sichtbar. Nach rechts erstreckt sich die Dämpfung bis zur Mitte des Sternums. Pulsation der Aorta deutlich sichtbar. Auscultatorisch über dem Herzen nichts nachzuweisen, da die Töne durch das verschärfte Atemgeräusch nur undeutlich zu hören sind und Pat. wegen der starken Atemnot nicht den Atem halten kann.

Aeussere Untersuchung: Brüste mittelgross, breit aufsitzend; Drüsengewebe gut entwickelt; Warzenhof dreimarkstückgross, gut pigmentirt; beiderseits Colostrum.

Leib: Bauchdecken mässig gespannt, Leibesform längsoval, Nabel verstrichen, Mittellinie wenig pigmentiert, keine Striae. Fundus uteri 3 Querfinger oberhalb des Nabels, kleine Teile links oben, Rücken rechts, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Herztöne in der rechten Nabelspinallinie 14 : 13 : 14. Nabelschnurgeräusch oberhalb der Herztöne. Kindsbewegungen deutlich sicht- und fühlbar, Gebärmuttergeräusch zu beiden Seiten des Uterus, vereinzelte Darmgeräusche.

Innere Untersuchung: Muttermund knapp für 2 Finger durchgängig, Muttermundslippen bilden einen wulstigen Saum, der öfters durch Narben eingezogen ist; Eihäute schlaff fühlbar, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, lässt sich leicht von aussen über den inneren Fingern hin- und herschieben. Die touchierenden Finger mit blutigem Schleim bedeckt.

Messungen: Leibesumfang 81, Nabelhöhe 17, Höhe des Fundus 24.

Becken: sp. 24.5, cr. 28, cjta. ext. 19, schräge r. 21,25, l. 22, cjta. diag. 12, Beckenumfang 81.

Die Maasse der schrägen Durchmesser des Beckens zeigen, dass die Deformität der Wirbelsäule nur geringen und keinen die Geburt erschwerenden Einfluss auf das Becken hat, was ja bei dem hohen Sitz derselben a priori schon anzunehmen war.

Wehen sind nicht vorhanden. Untersuchung des mittels Catheters entleerten Urins auf Eiweiss negativ.

Temperatur 37,1, Puls 66, regelmässig, deutlich dicrot.

Es wird in Erfahrung gebracht, dass Pat. ausserhalb Coffeïn und Cognac erhalten hat. Am folgenden Tage, 24. III., Temp. 36,8 Puls 72, Atmung 38.

In der Nacht haben sich keine Wehen eingestellt, weshalb heute, um Wehen zu erzeugen, der Champetier'sche Kolpeurynter in die Vagina eingelegt wurde. Auch der heute mittels Katheters entleerte Urin eiweissfrei. Im Laufe des Tages öfters eine Zeit lang Wehen, dazwischen lange wehenfreie Pausen. Herztöne des Kindes fortgesetzt gut. Abends zeigt sich, dass das Schloss des Kolpeurynters sich ge-

öffnet und die denselben füllende Lysollösung ausgeflossen ist. Der Kolpeurynter wird infolge dessen entfernt.

Innere Untersuchung ergiebt: Muttermund fünfmarkstückgross, Kopf beweglich über dem Beckeneingang.

Temp. 36,8. Puls 78. Atmung 40. Um die Geburt zu beschleunigen, wird jetzt der Kolpeurynter intrauterin eingeführt, was durch den fünfmarkstückgrossen Muttermund leicht gelingt.

25. III. Während der Nacht und auch heute werden die Wehen öfters kräftig, um jedoch immer wieder längere Zeit auszusetzen. Gegen Abend kehren dieselben einviertelstündlich wieder. Temperatur, Puls und Atmung nicht wesentlich verändert. 11 h 45 abends. Durch unruhige Lage der Kreissenden ist der Hahn des Kolpeurynters wieder geöffnet worden und dessen Inhalt ausgeflossen. Der Kolpeurynter wird nun herausgenommen und zeigt sich mit wenig blutigem Schleim bedeckt.

Innere Untersuchung: Muttermund vollständig erweitert. Blase wölbt sich während der jetzt alle 3 Minuten auftretenden Wehen stark vor. In derselben ein kleiner Teil zu fühlen, der als der linke im Ellenbogen gebeugte Arm erkannt wird. Achselhöhle nach links offen. Rücken nach vorne, also Schieflage IIa. 26. III. 12 h. 10 a. m. Part. wird auf den Kreisssaal verbracht und auf den Tisch gelagert. Es sollte nun zunächst versucht werden, eine Längslage herzustellen, hierauf die Frucht in derselben zu fixieren, die Blase zu sprengen und den vorliegenden Teil, sei es Kopf oder Steiss, in das Becken von aussen einzuleiten, worauf dann eventuell ein spontaner Verlauf der Geburt zu erwarten wäre. Um jedoch, falls dieses nicht gelingen sollte, sofort wenden zu können, wurde mit der ganzen Hand in die Vagina eingegangen. Part. war vorher ermahnt worden, sich während des Eingriffes, der ja nicht bedeutend wäre, ruhig zu verhalten, denn es erschien ratsam, wegen des Allgemeinbefindens sowohl von einer Chloroform- wie Aethernarkose Abstand zu nehmen.

Während des Eingehens der Hand schwollen nun bei der Part. die Venen am Halse und an der Stirne plötzlich stark an, das Gesicht wurde cyanotisch verfärbt. In Folge dessen wird sofort Campher injiciert und, um das Kind zu retten, dessen der vorliegenden Seite entsprechender Fuss gefasst. Die Cyanose nahm in den nächsten Augenblicken rapid zu, Puls war kaum zu fühlen, die Atmung wurde verlangsamt und aussetzend. Als das Kind bis zur Brust geboren war, traten starke, tonische Muskelkontractionen auf, das Abdomen spannte sich bretthart, und der Uterus legte sich so fest um den noch nicht entwickelten Teil der Frucht, dass die Fortsetzung der Extraction äusserst erschwert war. Die Lösung des rechten Armes gelang noch verhältnissmässig leicht, während die Drehung des Rückens nach rechts, um die Lösung des linken Armes vorzunehmen, unter grosser Anstrengung nur soweit erreicht werden konnte, dass die Schulterbreite eben im rechten schrägen Durchmesser verlief. Es musste also der Arm in der Gegend des rechten Ileo-Sacralgelenks gelöst werden.

Bei dieser Manipulation verschlimmerte sich trotz weiterer Aether- und Campherinjectionen und künstlicher Atmung der Zustand der Mutter, so dass dieselbe jetzt pulslos geworden war, also nur noch Rücksicht

auf das Kind massgebend sein konnte. Infolgedessen wurde jetzt der Kopf nach Veit-Smellie, kombinirt durch kräftigen Druck von aussen, unter starkem Zug entwickelt, wiewohl der sich fest um den Hals des Kindes legende Muttermund kaum das Eingehen des Fingers in den Mund des Kindes gestattete. Nach Beendigung der Extraction wurde noch eine Zeit lang die künstliche Atmung bei der Mutter fortgesetzt, was jedoch keinen Erfolg hatte.

Von Beginn des Auftretens der Cyanose bis zu dem unter Erscheinungen der Herzparalyse erfolgten Exitus der Parturiens verging kaum 1 Minute.

Kind, weiblich, 41 cm lang, 1520 g schwer, asphyctisch, macht in längeren Pausen vereinzelte Atembewegungen. Der Trachealschleim wird aspiriert und nach einigen Schultze'schen Schwingungen und Abklatschungen wird das Kind soweit wieder belebt, dass es schwach schreit und im protahierten warmen Bade eine Zeit lang regelmässig, wenn auch verlangsamt atmet.

Nach ca. 3 Stunden wird Atmung und Herzschlag wieder schlechter und sistiert nach einiger Zeit vollständig.

Placenta war nicht mehr exprimirt worden.

Die Section der Mutter, welche im pathologischen Institut (Sec. Dr. Dürck) 10 Stunden post mortem vorgenommen wurde, ergab folgendes Resultat: Kleine weibliche Leiche von reduziertem Ernährungszustand, Wirbelsäule nach rechts und aussen stark convex, Spitze der Convexität auf der Höhe des rechten Schulterblattwinkels; Mammae substanzreich, Colostrum enthaltend. Abdomen weich, etwas gewölbt, äussere Genitalien ödematös, an der Innenfläche beider grossen Labien längsgestellte, bis in die Cutis reichende, klaffende Einrisse; aus der Vagina ragt 26 cm lang ein Stück Nabelschnur hervor. Bauchdecken sehr dünn, fettarm, Recti auseinanderklaffend, Fettpolster geschwunden, Muskeln gering, blass, Dickdarm wölbt sich vor. Uterus überragt die Symphyse $1^1/_2$ handbreit. Im Abdomen wenige Tropfen einer blutigserösen Flüssigkeit, Leber überragt 2 Finger breit den Rippenbogen. Zwerchfellstand links 4. Rippe, rechts 3 I. C. R. Herzbeutel liegt handgross vor, enthält 1 Esslöffel getrübtes Serum aus beiden Vorhöfen entleert sich reichlich flüssiges Blut, beide Lungen frei, in den Pleurahöhlen keine Flüssigkeit.

Linke Lunge klein, Unterlappen komprimiert, Pleura von schwärzlichen Ecchymosen durchsetzt, Oberlappen lufthaltig, durchfeuchtet. Unterlappen fleischartig und luftleer, in den grossen Gefässen etwas flüssiges Blut.

Rechte Lunge auffallend klein, alle Lappen stark von Flüssigkeit durchsetzt, Luftgehalt entsprechend vermindert, nirgends vollständig aufgehoben, linker Unterlappen vollständig komprimirt, enthält nur noch geringe Reste lufthaltigen Gewebes.

Herz besonders nach links sehr deutlich verbreitert, Epikard sehnig getrübt, fettarm, r. Ventrikel ziemlich gross mit kräftig entwickelter, verdickter Muskelwand, seine Klappen alle frei, zart, schlussfähig; linker Ventrikel kugelförmig erweitert, Muskelwand sehr verdickt, Endokard diffus milchig getrübt. Aorta von unverhältnismässig geringem Durchmesser, Intima vollständig glatt, durchsichtig. Aorten-

klappen ebenso, wie die Mitralis frei beweglich, ohne Verdickung oder Auflagerung, Papillarmuskeln sehr kräftig, lang, plump, Vorhof eng, mit stark milchig getrübtem Endokard.

Maase des Herzens:

L. V. H.	10,3	R. V. H.	9,2
L. V. D.	1,5	R. V. D.	9,5
A. U.	6,0	P. U.	7,0
M.	9,7		

Milz klein, Kapsel glatt, im Durchschnitt die Pulpa blass, graurot, zurücksinkend, Gerüst, Malpighi'sche Körperchen deutlich erkennbar.

Leber mit sehr deutlicher einschneidender Schnürfurche, Gewebe schlaff, welk, anämisch, Zeichnung der Acini nirgends erkennbar, Blutgehalt minimal, Gallenblase enthält wenig schleimige, hellbraune Galle.

Magen klein, Schleimhaut blass, im Grunde von einigen Ecchymosen durchsetzt, mit wenig Schleim bedeckt, im untern Ileum Schleimhaut etwas injicirt.

Nieren, beide mit geringer Fettkapsel, in der Fibrosa vereinzelte Blutaustritte, dieselbe leicht abziehbar. Oberfläche und Schnittfläche glatt und blass, Zeichnung des Markes und der Rinde deutlich erkennbar, Rinde nirgends verbreitert, mit gut sichtbaren Markstrahlen, Markkegel dunkel abgesetzt, von gehöriger Höhe, Nierenbeckenschleimhaut hyperämisch, stellenweise kleine Blutaustritte, Blase klein kontrahiert, enthält etwas eitrig-schmierige Flüssigkeit.

Genitalien: Scheide stark gedehnt, Schleimhaut der Scheide in der Gegend des Introitus von zahlreichen, seichten Rissen durchsetzt, der äussere Muttermund erweitert, für die Hand durchgängig. Im Cervicalteil des Uterus auf der rechten Seite eine von der Gegend des äusseren Muttermundes schräg nach rechts und oben verlaufende rissförmige, klaffende Oeffnung von 10 cm Länge, welche in dem unteren Teile bis unter das suffundierte Peritoneum heranreicht, in den oberen Teilen die Uterusmuskulatur weithin durchsetzt. Auf der linken Seite der verstrichenen Cervicalpartie findet sich ein seichter, wenige cm langer Riss in der Uterusmuskulatur.

Die Placenta im Fundus inserierend gross, mit centraler Nabelschnurinsertion sitzt der Uteruswand ziemlich fest auf. An den beiderseitigen Parametrien das Peritoneum besonders rechts blutig suffundirt. Gefässe daselbst kollabirt und leer, Adnexe ohne pathologischen Befund.

Ovarien klein, in vorgeschrittener Cirrhose, im linken ein erbsengrosses, graugelbes Corpus luteum.

Gewichte:	Linke Lunge	325
	Rechte Lunge	360
	Herz	450
	Leber	1340
	Milz	110
	L. Niere }	285
	R. Niere }	

Deformität der Wirbelsäule: Nach Herausnahme aller Brust- und Baucheingeweide zeigt die Wirbelsäule eine Sförmige Krümmung: der obere Bogen dieser Sform ragt sehr weit auf der rechten Seite heraus und berührt fast vollständig die rechte innere Thoraxwand, der untere Bogen, weniger gekrümmt, berührt mit der Convexität fast die letzten linken falschen Rippen, die 7., 8. u. 9. Rippe springen säbelscheidenförmig, sehr scharf in den deformierten linksseitigen Thoraxraum vor.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

Hochgradige Dilatation des l. Herzventrikels, Hypertrophie und Dilatation des rechten Herzventrikels bei bedeutender Kyphoskoliose der Brust- und Bauchwirbelsäule. Plötztlicher Tod intra partum. Placenta in Utero; Terminales Oedem aller Lungenabschnitte.

Vergleichen wir nun die pathologisch anatomischen Befunde mit dem klinischen Verlaufe, so müssen wir entschieden die Todesursache auf die ungenügende und mangelnde Thätigkeit des Herzens zurückführen.

Die am meisten auffällige Veränderung an diesem Organe ist die hochgradige Vermehrung des Gewichts. Wir haben bei einem Körpergewicht von $37\,^1/_2$ kg ein Herzgewicht von 450 g.

W. Müller[2]) berechnet das Verhältnis des Herz- und Körpergewicht zu 4,99 (rund 5 g) auf 1000 g. Bergmann[3]) dasselbe beim Weibe zu 5,47 (rund 5,5) g : 1000 g. Es entspräche also nach der ersten Berechnung das Herzgewicht in unserm Falle einem Körpergewicht von 90, nach der 2., Bergmanns Angabe, einem Körpergewicht von rund 82 kg.

Bei dem Vergleiche der einzelnen Maasse mit den durchschnittlichen[4]) sind besonders 2 bedeutend von der Norm abweichend, d. i. die Ventrikelhöhe des linken Ventrikels und der Umfang der Aorta. Wir haben

Links	V. H.	10,3	gegen	9,5	also	+	0,8
	V. D.	1,5	„	1,6	„	—	0,1
	A. U.	6,0	„	7,2	„	—	1,2
Rechts	V. H.	9,2	„	9,1	„	+	0,1
	V. D.	0,5	„	0,4	„	+	0,1
	P. U.	7,2	„	7,2	„	—	0,2

Wie erklären wir uns nun die Veränderungen am Herzen? Wir haben eine hochgradige Kyphoscoliose und zwar anamnestisch schon in früher Jugend entstanden. Aus dieser resultiert eine bedeutende Verengerung der Brusthöhle, welche einerseits eine Compression der Brustorgane, andererseits eine Beschränkung der normalen Bewegung derselben zur Folge hat. Diese Compression wurde nun in unserm Falle schon lange ausgeübt und führte vor allem zu den oben erwähnten Veränderungen der Lungen. Dadurch entstand ein Ausfall eines Teiles

---

[2]) Die Massenverhältnisse des menschlichen Herzens. Hamburg und Leipzig 1883.

[3]) Bergmann, Josef. Ueber die Grösse des Herzens bei Menschen und Tieren Aus dem pathol. Inst, München. Inaug.-Diss. München 1889.

[4]) Vierordt, Anatomische, physiologische und physikalische Daten und Tabellen. Jena 1888.

des Capillarnetzes und infolgedessen ein erhöhter Druck in der Pulmonalarterienbahn. Der rechte Ventrikel hatte also abnorme Widerstände zu überwinden, die er in unserm Falle durch Dilatation und Hypertrophie auszugleichen versuchte. Die beschränkte Bewegung der Brusteingeweide hat ferner vor allem eine Verminderung des Gaswechsels und dadurch eine Herabsetzung des allgemeinen Stoffwechsels zur Folge; solche Individuen sind daher, wie es ja auch in unserm Falle sehr ausgeprägt war, schwächlich und zu grösseren körperlichen Arbeiten untauglich.

Dusch[1]) hat schon in seinem Lehrbuch der Herzkrankheiten auf eine solche Hypertrophie des rechten Ventrikels durch mangelhafte Entwicklung der Lungen in Folge der Verengerung des Brustraumes durch starke scoliotische Verkrümmungen der Wirbelsäule hingewiesen und in neuerer Zeit sind aus dem Münchener pathologischen Institut Arbeiten von Kurzak[2]) und Neidert[3]) erschienen, die dieses durch eine Reihe von Fällen bewiesen.

Ferner wird der Brustraum noch verkleinert durch Verkürzung der verticalen Rumpfachse, da durch die kyphotische Knickung die Endpunkte der Wirbelsäule einander genähert sind, sodass nicht allein die seitliche Ausdehnung der Lungen, sondern auch die Ausdehnung derselben nach der Höhe zu behindert ist. Die Wirkung der Raumbeschränkung des Brustraumes trat in unserm Falle durch die Compression beider Unterlappen — der linke war fleischartig, luftleer, der rechte zeigte nur noch geringe Reste eines lufthaltigen Gewebes — deutlich zu Tage.

Die Dilatation des linken Ventrikels ist jedenfalls, da keine Klappenfehler, auch nicht Arteriosclerose vorhanden, vor allem auf den unverhältnismässig geringen Durchmesser der Aorta zurückzuführen, ein Punkt, auf den schon Rokitansky aufmerksam machte, was ferner Bollinger[4]) öfters zu konstatieren Gelegenheit hatte. Der Aortenumfang betrug in unserm Falle 6,0 gegen 7,2 wie ihn Vierordt als durchschnittlich bezeichnet. Dazu kommen noch die gesteigerten Anforderungen an das Herz durch körperliche Anstrengung wie Gartenarbeit, die Part. gerade in ihren Entwicklungsjahren viel zu verrichten hatte und zwar noch dazu in einer gebirgigen Gegend (Brixen). Auch ist wohl anzunehmen, dass die Stauung im Lungenkreislauf rückläufig auf die grossen Körpervenen wirkte, und so auch der Druck im arteriellen System ein höherer war, dass also der linke Ventrikel auch in dieser Beziehung eine höhere Arbeit zu bewältigen hatte.

Vielleicht spricht auch hier noch die Schwangerschaftshypertrophie mit, die nach Dreysel[5]) in excentrischer Hypertrophie hauptsächlich des linken Ventrikels bestehen soll.

---

[1]) Dusch, Lehrbuch der Herzkrankheiten. Leipzig 1868.

[2]) Kurzak, Ueber den Tod durch Herzermüdung bei Hypertrophie des rechten Ventrikels in Folge von Kypho-Scoliose. Inaug.-Dissert. München 1883.

[3]) Neidert, Ueber Todesursachen bei Deformitäten der Wirbelsäule. Inaug.-Diss. München 1886.

[4]) Bollinger, Ueber idiopathische Herzvergrösserung. München 1893.

[5]) Dreysel, Ueber Hypertrophie bei Schwangeren und Wöchnerinnen. München, Medic. Abhandl., I. Reihe 3. Heft.

Die übrigen Organe zeigen ausser den Genitalien, auf die ich später zurückkommen werde, keine besonderen Veränderungen, nicht einmal Stauungserscheinungen, was wohl aus der allgemeinen Anämie zu erklären ist. Der Urin war während der 3 Tage, wo Pat. in der Klinik Aufnahme gefunden, stets eiweissfrei.

Charakteristisch für die veränderten Verhältnisse infolge des deformierten Körperbaues ist der Verlauf der Schwangerschaften und Geburten.

Pat. war III p. Die I. Geburt fand im Jahre 1892 statt und war ein Partus immaturus im VI. Monat. Die Beschwerden von Seiten des Herzens waren während der Schwangerschaft angeblich nicht besonders stark. II. Geburt erfolgte am 6. II. 1894 im VIII. Schwangerschaftsmonat, nachdem in hiesiger Klinik die Frühgeburt eingeleitet war, wozu die schweren Herzerscheinungen die Indication abgaben.

Wir entnehmen aus dem betreffenden Journal: Wegen starker Atemnot und Herzfehlers (es wurde die Diagnose Aorteninsufficienz? gestellt) wird die Frühgeburt mittelst Glycerininjectionen eingeleitet. Als sich die Geburtswege genügend erweitert hatten, wird wegen Schieflage IIb. die Wendung in Chloroformnarkose vorgenommen und ein 42,5 cm langes, 1500 gr schweres Kind extrahiert, wobei die Entwicklung des Kopfes einige Schwierigkeiten bot. Das Kind, nur leicht asphyctisch, wurde nach Aspiration des Trachealschleims durch Hautreize rasch wiederbelebt, starb jedoch am 2. Tage post partum. Nach der Narkose musste, da der Puls jetzt 132, klein und unregelmässig war, Cognac verabreicht und Aether- und Campherinjectionen gemacht werden. Vor der Operation war der Puls 104, nicht aussetzend. Placenta folgt nach 2 Stunden spontan. Puls war darnach auf 102 heruntergesunken. Blutverlust im Ganzen 600 gr.

Wochenbett fieberlos, jedoch stets hoher Puls, der trotz Digitalis- und Strophantusgaben sich stets zwischen 105 und 130 bewegte. Die Atemnot nahm nach und nach ab und am 12. Tage verliess Pat. zur weiteren Privatbehandlung die Anstalt. Es haben sich also die Veränderungen in der Circulation noch relativ gut ausgeglichen und es blieb Pat. auch im Wochenbett von den verderblichen Folgen solcher Erkrankungen, wie wir sie in einzelnen Litteraturangaben finden, verschont. So berichtet Nebel[1]) über 2 Todesfälle im Puerperium bei Kyphoscoliotischen am 13. Tage post partum. Die Section ergab im 1. Falle: Emphysema pulmonum, Bronchitis diffusa, Herz sehr gross, linker Ventrikel stark hypertrophisch, rechter dilatiert, mit dünner, stark fettig durchsetzter Wand. Leichte Stenose der Mitralis. Stauungsleber. Ascites. Beiderseits grosse weisse Niere.

Beim 2. Falle lautete die pathologisch-anatomische Diagnose: Induratio rubra pulmonum. Bronchitis diffusa. Bronchopneumonia lob. med. et infer. dextr. Dilatatio et hypertrophia cordis dextri. Stauungsleber und -Milz. In allen Herzabtheilungen als Zeichen des langsam erfolgten Todes ausgedehnte Speckgerinnsel. Nieren normal. A. Martin[1]) sah sich in einem solchen Falle genötigt, Kaiserschnitt

[1]) Nebel, Zur Behandlung der Schwangerschaft bei Kyphoscoliose. Centralbl. 1889. pag. 888.

[1]) A. Martin, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. X.

nach Porro zu machen, um die Pat. zugleich auch vor den Gefahren des Puerperiums zu bewahren. Pat. wurde am 21. Tage nach der Operation entlassen. Auch Luxemburger[1]) erwähnt unter 3 Fällen einen, in welchem bei mässiger Scoliose, Myodegeneration und Dilatation beider Ventrikel der Tod am 9. Tage post partum infolge Thrombose beider Lungenarterien eintrat.

Auch in dieser Schwangerschaft waren die Störungen von Seiten des Herzens so schwer geworden, dass die Einleitung der Frühgeburt indiciert erschien, was jedoch nicht mehr notwendig wurde, da die Natur inzwischen dieselbe selbst eingeleitet hatte, sodass also nur eine möglichst schonende Förderung der Geburtsarbeit vorgenommen wurde.

Wir ersehen aus dem Verlauf der 3 Schwangerschaften, dass mit dem Vorrücken der Schwangerschaft die bedrohlichen Erscheinungen von Seiten des Herzens stetig zunehmen. Dies hat einerseits seinen Grund in der erhöhten Arbeitsleistung, der das Herz proportional der Massenzunahme des mütterlichen Körpers mit Einschluss der Frucht nachkommen muss, andererseits in der Steigerung des abdominalen Drucks und seiner Folgen auf den Stand des Zwerchfells, Momente, die sich bei hochgradiger Kyphose, wo überhaupt die verticale Rumpfachse verkürzt ist, ausgeprägter als sonst geltend machen müssen. Wir finden bei der I. Geburt im VI. Monat die Beschwerden nicht hochgradig, hier war die Ausdehnung des Uterus noch nicht so gross, dass sie einen hohen Druck ausüben konnte. Bei den zwei letzten Geburten jedoch, wo die Höhe des Fundus so ziemlich die gleiche war — bei der II. Geburt 26, bei der III. 24 cm — trat dies deutlich zu Tage und machte im Verein mit den höhergestellten Ansprüchen an das Herz die nachteiligen Folgen für die Brusthöhle geltend. Wir hatten im Leben starke Dyspnoe, eine Atemfrequenz, die nicht unter 40 Atemzüge in der Minute herunterging und bei der Section einen Zwerchfellstand links 4. Rippe, rechts 3. I. C. R.

Was nun die Todesursache betrifft, so muss hier acut eingetretene Herzermüdung angenommen werden und das Lungenödem, das in den lufthaltigen Lungenpartien gefunden wurde, ist als agonale Erscheinung bei Nachlass der Herzthätigkeit zu deuten. Dazu kommt prädisponierend die schädlichen Einflüsse der Kohlensäureüberladung, die einerseits durch die Veränderungen an den Lungen, andererseits durch die mangelhafte Thätigkeit des Herzens in unserem Falle schon längere Zeit bestanden haben muss, ein Punkt, auf den vor allem Berthiot[2]), Löhlein[3]) und Fritsch[4]) aufmerksam machen. Als begünstigendes Moment für den Eintritt des Todes darf die psychische

---

[1]) Luxemburger, Ueber plötzlichen Tod im Wochenbett infolge Herzerweiterung. Inaug.-Diss. München 1892.

[2]) Berthiot, Grossesse et maladies du coeur. Paris 1876.

[3]) Löhlein, Ueber das Verhalten des Herzens bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten I. 3. pag. 482.

[4]) Fritsch, Ein Nachtrag zu den Bemerkungen zur Pathologie und Physiologie der Circulationsapparate bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Archiv für Gynäkol. X. 2.

Erregung vor der Operation nicht übersehen werden, wiewohl durch Zureden beabsichtigt wurde, der Pat. die Angst zu benehmen.

Ich komme nun noch mit einigen Worten auf das Ergebnis der Section in Bezug auf Uterus und Vagina zurück.

Darüber heisst es im Sectionsprotocoll:

Im Cervicalteile des Uterus auf der rechten Seite eine von der Gegend des äusseren Muttermundes schräg nach rechts und oben verlaufend rissförmige, klaffende Oeffnung von 10 cm Länge, welche in dem unteren Teile bis unter das suffundierte Peritoneum heranreicht, in den oberen Teilen die Uterusmuskulatur weithin durchsetzt. Auf der linken Seite der verstrichenen Cervicalpartie findet sich ein seichter, wenige Centimeter langer Riss in der Uterusmuskulatur. Scheide stark gedehnt, Schleimhaut in der Gegend des Introitus von zahlreichen seichten Rissen durchsetzt.

Vergleichen wir damit den Verlauf der Extraction, so müssen wir zu dem Schlusse gelangen, dass diese Verletzungen erst post mortem entstanden sind. Mit der Zunahme der Cyanose gingen tonische Muskelkontraktionen einher, an denen sich auch die Uterusmuskulatur beteiligte. Schon die Drehung des kindlichen Rückens in die rechte Seite der Mutter gelang nur unvollkommen und äusserst schwer, infolgedessen auch die Lösung des linken Armes, die in der Gegend der rechten Articulatio sacro - iliaca vorgenommen werden musste. Nach derselben legte sich der Muttermund fest um den Hals des Kindes, die Mutter war inzwischen pulslos geworden, es konnte also nur noch Rücksicht auf das Kind walten und so wurde dasselbe forciert unter grosser Kraft vollständig entwickelt, was die oben erwähnten Zerreissungen zur Folge hatte.

Die Litteratur über Herztod während der Geburt ist sehr gross, doch betrifft dies vorzüglich Fälle, in welchen lange Zeit Klappenfehler bestanden haben. Ich erinnere nur an die Arbeiten Schlayer's, Macdonald's u. A.

Ein Fall von Solowieff[1]) (Moskau) hat im Verlauf gewisse Aehnlichkeit mit unserem.

Eine Kranke mit alter Herzaffection — dieselbe ist nicht näher präcisiert — gravida VII. mens. IV. Schwangerschaft kommt in das Spital mit allen Zeichen der Herzinsufficienz. Alle Stimulantien hatten keinen Erfolg und man entschloss sich, das Collum zu dilatieren: aber als dies schon vollständig dilatiert war, trat ein plötzlicher Stillstand des Herzens ein. Hierauf wird Wendung gemacht und der tote Fötus extrahiert. Die energischsten Stimulantien konnten das Leben nicht mehr zurückrufen.

Einen Fall, in welchem die pathologischen Verhältnisse so lagen wie in dem meinigen, habe ich bis jetzt nicht in der Litteratur finden können, auch die reine idiopathische Herzhypertrophie compliziert jedenfalls nur höchst selten in solchem Grade die Geburt, denn selbst aus München, der Stätte der idiopathischen Herzhypertrophie, finden wir bis jetzt keine ähnliche Veröffentlichung.

---

[1]) Gazette des Hopitaux 1894. No. 99.

2 Fälle von hochgradiger Kyphoscoliose, die Verf. noch zu beobachten Gelegenheit hatte, seien hier noch angereiht.

a) 27 jährige I p., Verkäuferin, mit hochgradiger Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule nach rechts. Aus der Anamnese ist hervorzuheben: Eltern an unbekannter Ursache gestorben, keine Geschwister. Part. lernte im Alter von 10 Monaten laufen, war stets schwächlich. Ihre Verkrümmung führt sie auf eine Sehnendehnung in der linken Seite zurück, die sie durch schweres Tragen im 15. Lebensjahre erlitten haben will. Darauf soll sie an Darmgeschwüren und Rippenfellentzündung erkrankt sein, so dass sie 5 Monate zu Bette liegen musste. Während dieser Zeit sei die Verkrümmung entstanden. Während der Schwangerschaft oft Erbrechen. Nie Herzklopfen, an welchem sie früher oft gelitten haben soll, keine Atembeschwerden, keine Schwellungen der Beine.

Status: Kleine 1,42 m grosse, schwächlich gebaute Person mit hochgradiger Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule nach rechts.

Beckenmaasse: Sp. 24. Cr. 25. Gia ext. 19.
r. schräg 21. l. schräg 21.

Dauer der Geburt 13 h 50 Min. ohne Regelwidrigkeiten. II. Schädellage.

Kind 48 cm lang, 2700 g schwer. Wochenbettverlauf ungestört. Entlassung am 7. Tage post partum.

Ein Jahr später kommt Pat. wiederum zur Aufnahme. Während dieser Schwangerschaft keinerlei Beschwerden. Part. giebt sogar an, sie hätte sich nie wohler befunden als während der II. Schwangerschaft.

Dauer der II. ebenfalls spontanen Geburt 2 h 45 Minuten. I. Schädellage.

Kind 48 cm lang 2500 g schwer.

Auch diesmal Wochenbettverlauf ungestört und Entlassung am 7. Tage.

Leider war das Herz der Gravida nicht näher untersucht worden, da keine Störungen von dieser Seite bestanden.

Die nachträgliche Untersuchung dieses Organs im nicht graviden Zustande der betreffenden Person ergab:

Dämpfung nach rechts reicht bis zum rechten Sternalrand, nach oben unterer Rand der 2. Rippe. Spitzenstoss im 4. I. C. R. 1½ Querfinger einwärts der Mammillarlinie. Herztöne rein.

Das Herz ist also nach oben und rechts verlagert, bedingt durch die Deformität des Thorax, die aus der Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule nach rechts resultiert.

An den Lungen liess sich auscultatorisch wie percutorisch nichts nachweisen, die Rumpflänge, von der Incisura semilunaris des Sternums bis zum oberen Rande der Symphyse gemessen, betrug 42 cm. Von rhachitischen Veränderungen sind nur Querriefung der Zähne sowie abgenutzte Kauflächen derselben zu constatieren.

b) Eine zweite Person mit hochgradiger Kyphoscoliose befindet sich zur Zeit noch als Puerpera in hiesiger Anstalt.

23 jährige II para, Dienstmädchen.

Anamnese: Eltern leben und sind gesund. 7 Geschwister ebenfalls. 4 Geschwister sind gestorben, 1 an Gehirnhautentzündung, 1 an Diphtherie, 1 an Keuchhusten, 1 an unbekannter Ursache. Den Beginn der Verkrümmung führt Pat. auf eine Lungenentzündung zurück, an welcher sie mit $1^1/_2$ Lebensjahren erkrankte. Sie wurde dadurch $^3/_4$ Jahre bettlägerig und so schwach, dass sie wieder im Wickelkissen gebracht werden musste, nachdem sie im 1. Lebensjahre schon laufen gelernt hatte. Später hat Pat. noch Masern und Scharlach durchgemacht. Während der Entwicklungszeit, in welcher Pat. sehr schwächlich und bleichsüchtig war, soll die Verkrümmung sich verschlimmert haben. Als begünstigendes Moment soll das Tragen schwerer Hängkörbe, wozu Pat. durch ihren Dienst genötigt war, gewirkt haben. In dieser Zeit hatte sie auch viel über Appetitlosigkeit, Atemnot und Herzklopfen zu klagen. Im 21. Lebensjahre Abgang im IV. Monat, was Pat. auf einen Sturz von der Treppe zurückführt. Nach demselben ging Pat. 2 Monate nach Hause, da sie angeblich zum Arbeiten zu schwach war, wiewohl der Blutverlust gering und das Wochenbett ohne Fieber gewesen sein soll. In dieser Schwangerschaft soll das Befinden sehr gut gewesen sein, nie Herzklopfen oder Atemnot. Periode war stets regelmässig, von zweitägiger Dauer, nicht stark.

Status: Kleine, 1.40 m grosse, schwächliche Person. Hochgradige Kyphoscoliose der oberen Brustwirbelsäule nach links. Linke Schulter steht höher als die rechte. Die linksseitigen oberen Rippen ziehen zunächst stark nach hinten und oben, biegen sich dann scharf um und verlaufen flach zum Sternum; rechts neigen sich dieselben mehr nach unten und verlaufen in stark gekrümmten Bogen nach dem Sternum. Rechte Infraclavicular-Grube stark eingezogen.

Herzdämpfung erstreckt sich nach oben bis zum unteren Rande der 2. Rippe, nach rechts bis zur Mitte des Sternums, nach links bis an die äussere Grenze des auffallend nach aussen gerichteten Warzenhofes, etwa 2 querfingerbreit weiter als die durchschnittliche Mamillarlinie. Spitzenstoss im 4. I. C. R., Erschütterung sehr deutlich. Herzaction etwas beschleunigt, 102 Schläge in der Minute, Herztöne sehr laut und rein. Lungen bieten keinen besonderen Befund.

Beckenmaasse: Sp. 25, Cr. 27,75,
Gla. ext. 18 r. schräg 21,5,
l. schräg 21.

Dauer der Geburt 10 h. 5 Min. II. Schädellage. Bei der Geburt keine Abweichung von der Regel. Kind 49 cm lang, 3130 g schwer.

Während des Wochenbetts kein Fieber, nie Atembeschwerden oder Herzklopfen. In den ersten Tagen Urin schwach eiweisshaltig, vom 7. Tage ab Urin eiweissfrei. Uterus bildet sich mangelhaft zurück und steht am 11. Tage noch 4 querfingerbreit unterhalb des Nabels.

Rumpflänge im puerperalen Zustande 42 cm.

Herzdämpfung am 12. Tage post partum: Nach rechts Mitte des Sternums, nach oben oberer Rand der 3. Rippe, Spitzenstoss 4. I. C. R. 2 querfingerbreit ausserhalb der durchschnittlichen Mammillarlinie. Es besteht also immer noch eine mässige Verbreiterung und Verlagerung nach oben.

Vergleichen wir den glatten Verlauf dieser Fälle mit den traurigen des ersten Falles, so müssen wir zu dem Schlusse gelangen, dass die Prognose der Schwangerschaft und Geburt bei hochsitzender Kyphoscoliose mit ihren consecutiven Verlagerungen der Brustorgane erst dann ungünstig wird, wenn schon im nicht graviden Zustande schwere Schädigungen der Brustorgane bestanden haben. Dieselben nehmen dann während der Schwangerschaft stetig zu und können bei der Geburt oder, wie es Nebel[1]) beschrieben hat, erst im Wochenbett zu den schwersten Zufällen führen. Sehr oft jedoch unterbricht die Natur bes. bei Herzaffectionen schon vorzeitig die Schwangerschaft, wie es sich auch in unserm 1. Falle zeigte. Duroziez[2]) und Berthiot[3]) haben dies vor allem nachgewiesen. Letzterer fand bei 41 Fällen 21 mal Abort, Peter unter 36 Fällen 17 mal und 12 vorzeitige Geburten. Auch mein hochverehrter Chef, Geh. R. v. Winckel, macht bei solchen Fällen stets in der Klinik auf diese natürliche Selbsthülfe aufmerksam.

Tritt diese ein und sind die Circulationsverhältnisse hochgradig gestört, so wird man neben der allgemein üblichen Behandlung solcher Erkrankungen die Geburt in schonender Weise, wie es in unserem Falle z. B. durch Kolpeuryse geschah, beschleunigen. Versagt die Natur, so kann man in manchen Fällen nicht umhin, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Auch die Ausführung der Porro'schen Operation in einem solchen Falle, die A. Martin[4]) einmal vornahm, sei als therapeutischer Beitrag hier erwähnt. Es wird also auch bei derartigen Zuständen, wie so oft in der Medizin, die Entscheidung von Fall zu Fall zu treffen sein, und es lassen sich allgemein giltige Regeln nicht aufstellen.

Berichte.

VII. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig vom 9. bis 11. Juni 1897.

1. Sitzungstag,
am 9. Juni Vormittag 8—12 und Nachmittag 2—4 Uhr.

Referent: Donat-Leipzig.

Vor Eröffnung des Congresses durch den Vorsitzenden, Herrn Geheimrath Zweifel, nahm der Oberbürgermeister von Leipzig, Herr Dr. Georgi, Anlass, die zum Gynäkologencongress erschienenen Theilnehmer und Gäste Namens der Stadt herzlich zu begrüssen und den Wunsch

[1]) l. c.
[2]) Duroziez, De l'influence des maladies du coeur sur la menstruation, la grossesse et son produit dans l'accouchement et dans l'avortement provoqué. Paris 1875.
[3]) Berthiot l. c.
[4]) l. c.

und die Hoffnung auszusprechen, dass die Arbeiten des Congresses zu Aller Freude einen befriedigenden Verlauf nehmen möchten.

Mit Worten des Dankes an den Herrn Oberbürgermeister und einem herzlichen Willkommen an alle Mitglieder und Gäste begann hierauf Herr Zweifel seine **Eröffnungsrede**. Er erinnerte daran, dass zur derzeitigen Tagung des Congresses 50 Jahre verflossen seien, seitdem durch Semmelweis die Desinfection bei Geburten eingeführt wurde. Das habe ihn veranlasst, mit Zustimmung des Vorstandes der Gesellschaft zur Einleitung der Verhandlungen derselben an diese wissenschaftliche Grossthat zu erinnern und die Verdienste von Semmelweis zu feiern.

Ausgehend von den ersten Veröffentlichungen der Semmelweis'schen Lehre, deren praktische Anwendung Mitte Mai 1847 begann, schildert Redner die ersten Erfolge, aber auch die unerquicklichen Kämpfe, welche sich gegen Semmelweis erhoben. So ungerecht derselbe auch behandelt wurde, so viel Irrungen, so viel Lug und Trug seiner Gegner auch bekannt wurde, er ist im Laufe der Zeiten als bescheidener, grundehrlicher Mann und als leuchtendes Vorbild wissenschaftlichen Ernstes glänzend gerechtfertigt worden. Manches aus jener Kampfeszeit ist freilich zu erklären und zu begreifen, dass aber so viele die Semmelweis'sche Prophylaxe mit Chlorwasser nicht ernstlich prüften, ehe sie dieselbe verwarfen und bekämpften, das bleibt für immer tadelnswerth, nicht zum wenigsten deswegen, weil dadurch der segensreiche Fortschritt um Jahrzehnte aufgehalten wurde.

Die Versuche Tarnier's, die Priorität für die Lehren vom Kindbettfieber dem Amerikaner Kneeland zuzuschreiben, sieht Redner als verfehlt an. Kneeland nimmt, wie seine Zeitgenossen, den Standpunkt eines Kontagionisten ein, seine Lehren, so ähnlich sie auch denen von Semmelweis erscheinen, treffen doch den Kern der letzteren nicht, sie differiren in dem wichtigsten Punkte, der Art der Ansteckung. Während die Kontagionisten noch die Aufnahme des Giftes durch die Lunge annahmen, stellt Semmelweis fest, dass die Ansteckung nur während der Geburt, in den frischverwundeten Genitalien geschehe, dass Pyämie und Puerperalfieber dieselbe Krankheit sei und durch zersetzte thierisch-organische Stoffe, welche durch Hände und Instrumente übertragen wurden, hervorgerufen werde. Denman, Cruveilhier, Eisenmann, Kneeland haben richtige Beobachtungen gemacht, die volle Wahrheit, wie Semmelweis, haben sie nicht erkannt, und wenn Tarnier weiter sagt, dass Semmelweis nur halb Recht hatte mit seiner Infectionstheorie, so ist dem auch entgegenzutreten. Die Ansteckungsquelle hat er ganz richtig bezeichnet, sein Ausdruck „in Zersetzung begriffene thierisch-organische Stoffe" konnte dem damaligen Stande der Wissenschaft nach nur ein Sammelname sein.

Der Nutzen der Semmelweis'schen Lehre ging damals schon auch auf die Gynäkologie über und selbst Lister, der das grosse Gebiet der Chirurgie umwandelte, steht auf den Schultern von Semmelweis, wenn er sich auch mehr auf Pasteur stützte.

Es wird Niemand gelingen, Prioritätsansprüche gegen Semmelweis geltend zu machen, aber es muss auch dafür gesorgt werden, dass dessen Verdienste für alle Zukunft gewürdigt werden. Die Lehrer der Geburtshilfe sollen vor allem dafür Sorge tragen, dass der Name und die Verdienste Semmelweis' ihren Schülern eingeprägt würden und die Aufstellung seines Bildnisses in den Auditorien dürfte besonders die stete Aufmerksamkeit auf ihn lenken. Im Leipziger Hörsaal ist Semmelweis' Büste bereits aufgestellt worden.

Der Eröffnungsrede folgen geschäftliche Mittheilungen: Die Zahl der Mitglieden ist seit 1893 von 147 auf 260 (bis zum Schluss des Congresses auf nahe an 300) gestiegen.

Des verstorbenen Herrn v. Säxinger's (Tübingen) gedenkt der Vorsitzende mit Worten hoher Anerkennung, die Versammlung erhebt sich von ihren Plätzen.

Dr. Boisleux (Paris) wird aus der Liste der Mitglieder der Gesellschaft gestrichen.

Als Entscheidungen und Beschlüsse der Sitzung des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wurden von dem Vorsitzenden Zweifel noch folgende bekannt gegeben:

Der Antrag, die Abfassung einer Geschichte der Geburtshülfe und Gynäkologie in Fortsetzung des Siebold'schen Werkes in die Hand zu nehmen, wird als nicht in den Rahmen der Gesellschaft passend abgelehnt. Dasselbe geschieht mit einem anderen Antrag: eine deutsche geburtshülflich-gynäkologische Jahres-Bibliographie nach dem Muster derjenigen der Italienischen Gesellschaft für Gynäkologie und event. nach dem Dewey'schen System herauszugeben.

Die Revision der gynäkologischen Nomenclatur wird zwar als wünschenswerth anerkannt, doch beschlossen, weitere auf thunlichste Vereinfachung gerichtete Vorarbeiten, sowie weitere seitens der anatomischen Gesellschaft zu unternehmende Schritte abzuwarten.

Auf Sammelforschungen, welche über gleichlautende Themata noch von anderer Seite unternommen werden, soll seitens der Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie nicht eingegangen werden.

Das auf dem Wiener Congress aufgestellte Sammelforschungsthema über die beste Bauchdeckennaht wird weiter im Auge behalten; doch eigne sich dieses Thema mehr zu Einzelforschungen. Ueber eine solche werde von Herrn Dr. Abel berichtet werden.

Neue Themata zu ammelforschungen wurden nicht aufgestellt.

Als Discussionsthemata für den nächsten Congress (1899) werden gewählt: Myombehandlung und puerperale Infection. Giessen und Berlin hatten zu diesem Congress eingeladen, die Versammlung wählte mit grosser Majorität Berlin. Der neue Vorstand der Gesellschaft wird gebildet aus den Herren Olshausen als 1., Zweifel als 2. Vorsitzenden, Gusserow und Werth als Beisitzer, Schatz als Schatzmeister, Pfannenstiel als 1. und Winter als 2. Schriftführer.

Die Besprechung des ersten Hauptthemas

„Ueber Retroversion und Retroflexion des Uterus"

wurde eingeleitet durch die Referate der Herren B. S. Schultze (Jena) und Olshausen (Berlin), welche wir im Folgenden eingehender wiedergeben.

Herr B. S. Schultze definirt zunächst die Retroversio und Retroflexio als diejenige Form des Uterus, bei denen das Corpus die Richtung mit dem Fundus nach hinten statt nach vorn einnimmt. Ist der Uterus durch alte Metritis starr, so bleibt er auch bei rückwärts sehendem Fundus gestreckt — Retroversio. Hat der Uterus seine normale Biegsamkeit im oberen Cervixabschnitt, so wird durch den intra-abdominalen Druck das Corpus nach hinten geknickt — Retroflexio. Ausdrücke wie Retroversio cervicis, Retroversion mit Anteflexion sind unpassende Bezeichnungen. Letztere soll nur nach der Richtung des Corpus uteri erfolgen. Ebenso ist der Ausdruck Retrodeviation zu verwerfen, da derselbe ätiologisch und pathologisch diametral verschiedene anatomische Befunde umfasst und zu diagnostischen Irrthümern führt.

Aetiologisch werden 5 Ursachen als die häufigeren zusammengestellt, von denen oft mehrere gleichzeitig bestehen und damit ihre Wirkung verstärken.

1. Erschlaffung der normalen Befestigungen des Uterus, des Musc. retractor uteri Luschka, der weiter vorn im Lig. lat. gelegenen Muskulatur, der Lig. rotunda, der Fascien.

Zu solcher Erschlaffung disponiren die puerperalen Zustände, in Resorption ausgehende Parametritis posterior, habituelle Ueberfüllung des Mastdarms, anhaltende Rückenlage und namentlich Bauchpresse in Rückenlage.

2. Fixation der Cervix weiter vorn im Becken als ihre normale Stellung ist.

Diese kommt zu Stande durch Narben von Parametritis anterior, Narben von hohen Cervixrissen, nicht aseptischer bilateraler Discision oder anderen Operationen an der Portio, durch Narben von gangränösen Substanzverlusten nach vorn von der Cervix, so bei gleichzeitig bestehender Blasenscheidengebärmutterfistel.

3. Zu kurze Vagina, speciell Kürze der vorderen Wand der Vagina — als Folge infantiler Bildungshemmung und als Folge seniler Atrophie.

4. Habituelles Vollsein der Harnblase, Ueberfüllung derselben ganz besonders im Verhältniss zur Länge der vorderen Scheidenwand.

5. Klaffende Vulva, Dammriss.

Bei anormal langer Portio vaginalis kann der Uterus normale Anteflexion haben, es giebt aber Fälle, wo er in dauernder Retroversion liegt, welche durch operative Verkürzung der Portio sofort gehoben wurde.

Von selteneren Ursachen werden noch genannt: Tumor in der vorderen Uteruswand, in die Scheide geborenes Myom (Polyp) der vorderen Cervixwand, (nach dessen Entfernung der Uterus wieder normal lag), mangelhafter Descensus ovariorum (Küstner), hintere Verlöthung eines Ovarium, einer Tube durch entzündliche Processe. Nachträgliche Schrumpfung der Exsudate können nach Küstner's Beobachtungen den Uterus rückwärts in Retroflexion ziehen.

Die Ansicht, dass Ovarientumoren den Uterus retroflectiren, theilt Referent nicht, er glaubt, dass der unter Ovarientumoren in Retroversioflexio liegende Uterus die anormale Lage meist schon hatte, bevor der Ovarientumor entstand.

Betreffs der Prophylaxe bezieht sich Referent auf die genannten ätiologischen Momente. Vor allem warnt er vor Ueberfüllung der Harnblase, besonders bei Kindern und halberwachsenen Mädchen (Schulhygiene!). Die katarrhalische Endometritis hat bei Virgo intacta nicht selten Parametritis zur Folge, man wird also die virginale katarrhalische Infection zu verhüten suchen (schliessende Beinkleider, aseptischer Verband zur Zeit der Regel und zwar von ihrem ersten Auftreten an). Frische Dammdefecte, auch die kleinsten, sind zu schliessen, ältere operativ zu beseitigen. In und nach dem Wochenbett muss für regelmässigen Stuhlgang gesorgt, die puerperale Rückbildung des Uterus muss im Wochenbett durch Secale gefördert werden.

Die Diagnose wird durch die bimanuelle Palpation nicht mittels Sonde gestellt. Die Palpation von Rectum, Scheide und Abdomen aus ist bei bestehenden Complicationen sehr hilfreich. Narkose dann meist nöthig. Die Diagnose der Ursache der Retroflexion ist gleichzeitig erforderlich.

Therapie: Reposition. Bei der bimanuellen Reposition muss in jedem Fall festgestellt werden, ob und welche Repositionshindernisse bestehen. Sind die Ovarien frei, so gehen sie mit der Reposition in ihre normale Lage zurück. Besteht kein Repositionshinderniss und fehlen Complicationen, welche vorauszubehandeln sind, so wird nach der Reposition des Uterus ein Pessar (am besten von Celluloid) eingelegt, welches dem Fall entsprechend geformt wird. Hodge und Thomas-Form stellen die Cervix nach hinten durch Spannung des hinteren Scheidengewölbes, Achtform ohne solche Spannung direct an der Portio; Schlittenform nützt besonders bei schlaffer vorderer Scheidenwand. Kein Pessar darf die Vulva spreizen oder aus ihr hervorragen, der Beckenboden soll fest sein. Die Wirkung des Pessars ist in den folgenden Tagen zu prüfen, Aenderungen sind oft nöthig. Zur Begünstigung von Dauerresultaten sind tägliche kalte Klystiere anzuordnen, kaltes Klystier auch jedesmal nach der Stuhlentleerung. Zur Zeit der Regel Secale. Vermeidung von Blasenfüllung. Zweckmässig tritt zur Pessarbehandlnng in manchen Fällen Massage oder Faradisation.

Die Reposition bedeutet in sehr vielen, zumal frischen Fällen die Heilung häufiger Complicationen: mangelhafte Rückbildung vom Puerperium, Metritis, Endometritis, Oophoritis, Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Ovarien.

Veraltete Complicationen sind voraus zu behandeln, da sie eine dauernde Richtigstellung des Uterus hindern, und trennt hier Referent Repositionshindernisse und Retentionshindernisse, deren Erkenntniss Untersuchung und Beobachtung feststellt. Wird der Uterusfundus durch peritoneale Adhäsionen zurückgehalten, so sind dieselben in Narkose zu trennen, der aufgerichtete Uterus wird dann durch Pessar (nicht Thomas) oder feste, den Cervix hinten im Becken fixirende Tamponade

richtig gelagert. Zu Retentionshindernissen gehören hintere Adhärenz eines Ovarium oder Verlöthung des Uterus mit beweglichen Eingeweiden (vordere Rectalwand), in der Fläche des Peritoneum oder im parametrischen Gewebe gelegene Narben und Schwielen. Auch eine von einem Cervixriss ins Parametrium gehende Narbe giebt ein Retentionshinderniss, weil sie die Cervix hindert, median und hinten im Becken zu stehen. Sie muss dann gleichzeitig mit dem Cervixriss operativ beseitigt werden. Bei fehlendem Lacerationsectropium leistet die Massage viel, daneben Pessar und Tamponbehandlung (Ref. verweist hier auf seinen Volkmann'schen Vortrag No. 24 neue Folge). Ist wegen klaffender Vulva bei gleichzeitig bestehender reponibler Retroflexio uteri die Perineoplastik indicirt, so hält es Ref. jetzt für vortheilhaft, der Perineoplastik in derselben Sitzung die Vagina- oder Vesicofixation des Uterus vorauszuschicken oder die Alexander-Adams-Operation zu machen.

II. Herr Olshausen (Berlin) bespricht die Symptomatologie und operative Therapie. Er schliesst die Fälle von Rückwärtslagerung des Uterus, welche mit Adnextumoren complicirt sind, für die Feststellung der Symptome als ungeeignet aus und bestätigt, dass uncomplicirte Fälle von Retroversio flexio vielleicht in der Hälfte der Fälle keine wesentlichen Beschwerden, besonders nicht lokale, verursachen. Sie haben aber doch ihre Bedeutung für die Frauen, selbst wenn sie erst nach längerem Bestehen zu Beschwerden Anlass geben. In einem relativ grossen Theil der Fälle macht die Retroversio-flexio selbst heftige Beschwerden. Zu den constantesten Symptomen gehören Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen, Magendruck, Drängen nach unten, verminderte Gehfähigkeit, Obstipation, Dysmenorrhoe leichteren Grades, deprimirte Gemüthsstimmung, nervöse Symptome in allen Gegenden des Körpers. (Reposition beseitigt die wesentlichsten solcher Symptome nicht selten in 12—24 Stunden). Atypische oder anhaltende Blutungen kommen nur bei ganz frischen, puerperalen Retroflexionen vor, sonst sind sie meist Folge von Endometritis fungosa. Bei älteren Retroflexionen ist sonst selten die Menstruation verfrüht oder verstärkt.

Die Dysmenorrhoe zeigt sich nie in solch hochgradigen Kolikschmerzen wie bei Anteflexion Nulliparer, sie ist in den seltensten Fällen mechanischer Natur, häufiger Folge von Endometritis und complicirender Metritis parenchymatosa. Letztere kommt bei langem Bestehen der Verlagerung zu Stande und schwindet auch durch die Rechtstellung des Uterus nicht wieder.

Sterilität ist meist durch Komplicationen bedingt. Obgleich sich in der Mehrzahl der Fälle der geschwängerte rückwärtsliegende Uterus selbst reponirt, kommt es doch nicht selten zum Abortus, in manchen Fällen zum habituellen. Die Form des Kreuzbeins oder des Uterus selbst (starre Wandung) bedingen die leichtere Unterbrechung der Schwangerschaft. Dass die spontane Reposition auf einer Muskelaction der Ligg. rotunda beruht, ist nicht erwiesen. Ein solcher Mechanismus gilt als Ausnahme. Bei Divertikelbildung oder partieller Retroversion der hochschwangeren Gebärmutter erfolgt die Unterbrechung der Schwangerschaft bisweilen erst im 6., 7. ja 8. Monat.

Die Anwendung operativer Massnahmen zur Heilung der Retroflexio ist auf Fälle zu beschränken, welche erhebliche Beschwerden machen. In der Regel wird auch hier, bei mobiler Retroflexio die Pessarbehandlung versucht, wenn nicht äussere Verhältnisse der Kranken es rathsam machen, davon abzusehen.

Von operativen Massnahmen kommen in Betracht:

a) Die Alexander-Adams'sche Operation. Diese scheint in der von Kocher u. A. modificirten Weise eine Operation mit sehr sicherem Effect zu sein und verdient in Deutschland weitere Verbreitung als bisher. Sie ist aber ungeeignet für fixirte Retrodeviationen. Hier tritt

b) die Ventrofixation als ungefährliche und sichere Operation in ihr Recht. Die Methode von Czerny-Leopold ist zu verwerfen, die Fixation geschieht so, dass die Cornua uteri vermittels der Ligg. rotunda an die Bauchdecken mit Fil de Florence angenäht werden.

c) Die Vaginaefixation ist eine berechtigte Operation, ihre Misserfolge fallen der Art der Ausführung der Operation zur Last. Auch hier soll der

Uterus nicht bis zum Fundus hinauf auf der vorderen Scheidenwand fixirt werden. Mit versenkten Silkwormgut-Nähten wird die Fixation bis 1 oder 2 cm über das Orificium internum hinauf bewirkt. Wenn es auch nicht immer gelingt, eine ausgeprägte Anteflexio zu erzielen, so bewirkt doch die Beseitigung der Retroversionsstellung das Aufhören der Beschwerden.

Die Vesicaefixation ist keine Verbesserung der ursprünglichen Vaginaefixation.

Frauen im oder nahe dem Klimakterium brauchen um so weniger einer Behandlung der Flexion unterworfen zu werden, als sie meist keine Beschwerden von Bedeutung mehr haben und nach dem Klimacterium die vorhandenen Beschwerden zu erlöschen pflegen.

Bei complicirender Erkrankung der Adnexe, bei Exsudaten oder ausgedehnten Verwachsungen stehen die Symptome dieser Erkrankung im Vordergrund; die Therapie, auch die operative, bestimme diese Complicationen. Bei Entfernung der Adnexe wird der aus seinen Verwachsungen gelöste Uterus am besten ventrofixirt, wenn man nicht die vaginale Totalexstirpation der Genitalorgane vorzieht.

Wenn auch dank der gewonnenen Lebenssicherheit bei vaginalen und abdominalen Operationen häufigere operative Eingriffe bei reinen Retroversionen und Flexionen gegen früher mehr berechtigt sind, so darf doch die operative Behandlung nicht in unverantwortlicher Weise ausgedehnt werden, wie es von manchen Seiten geschehen ist. Bei Abwesenheit infectiöser Erkrankungen und in einfachen Fällen stehen sich bezüglich der Gefahr abdominale und vaginale Operationen fast gleich.

Fixirte Retroflexionen eignen sich nicht zu vaginalen Operationen.

d) Die vaginalen Operationen zur Verkürzung der ligg. sacro-uterina sind als die rationellsten Methoden anzusehen, die Zukunft muss es aber erst lehren, ob und in welcher Weise die Verkürzung der ligg. sacro-uterina und rotunda auf vaginalem Wege mit Erfolg erreicht wird.

Die Methoden der Operation, welche auf Verödung des cavum Douglasii abzielen oder die ligg. sacro-uterina durch Fixirung am Beckeneingang verkürzen wollen, sind zu verwerfen.

Die Herren Referenten bezogen sich auf ihre gedruckt vorgelegten Thesen und nahmen heute nur Gelegenheit, einzelne von ihnen besonders zu besprechen bezw. zu ergänzen.

So hob Herr Schultze die Wandlung hervor, welche jetzt über die Beziehungen von Schwangerschaft und Wochenbett zur Retroflexio entstanden sei, dass vielfach vor dem Puerperium die Lageveränderung schon bestand. In wieviel Fällen die Parametritis posterior zur Retroflexio führt, ist nicht sicher gestellt, aber der Stellungswechsel wird doch nich selten beobachtet. Die Parametritis, hier keine exsudative Entzündung, ist von Manchem als Ursache angezweifelt worden. Neuere Ansichten (Jeschke), dass es sich um Oedem handelte, sind werthvoll für weitere Untersuchungen. Ferner geht Ref. auf die Beziehungen von Ovarialtumoren zur Retroflexio ein und fasst dieselben eher so auf, dass die Lageveränderung des Uterus meist früher bestand und erst zu Ovarialerkrankungen disponirte, als dass die wachsende Ovarialgeschwulst den Uterus in Retroflexio stellte.

Herr Olshausen lässt zunächst den Ausdruck Retrodeviation nach den Ausführungen des Vorredners fallen. Die Therapie der Retroflexio hängt von den Symptomen ab, die häufigen Complicationen der Retroflexio machen es nothwendig, betreffs der Symptome genau zu erforschen, welche von der Lageveränderung, welche von den Complicationen abhängen. Eiteriger Cervixkatarrh ist nicht die Folge von Retroflexio; letztere oft nicht selten mit hyperplastischer Endometritis complicirt, es ist aber nicht nöthig, hier immer das Endometrium zu behandeln, wie es Dührssen vor der Vaginäfixation thut. Ganz anders ist die Metritis parenchymatosa bei Retroflexio aufzufassen, das ist eine echte Complication, welche bei chronischer Retroflexio auch weiter besteht, selbst wenn der Uterus aufgerichtet bleibt. Sterilität ist hier eine weitere Folge.

Oertliche Beschwerden bei nicht complicirter Retroflexio fehlen häufig. ähnlich wie es bei Myomen der Fall ist. Die Symptome sind meist reflectorischer

Natur. Acute traumatische Retroflexionen sind äusserst selten. Empfindlichkeit an der hinteren Wand des Uterus bezw. an der Knickungsstelle, ist keine Contraindikation gegen die mechanische Behandlung. Die chronische Obstipation ist nicht Folge des permanenten Druckes des retroflectirten Uterus, sondern beruht auf secundärer Atonie des Darmes, nur eine frische puerperale Retroflexio kann einmal zu einem mechanischen Hinderniss im Mastdarm führen.

Zur Therapie bemerkt Redner noch, dass bei jungen Frauen die Retroflexio behandelt werden muss, auch wenn zur Zeit keine Beschwerden bestehen. Ueber die Alexander-Adams'sche Operation und die von Wertheim hat er keine eigenen Erfahrungen, er empfiehlt sie nach denjenigen anderer Operateure. Die Vaginaefixation verurtheilt er an sich nicht, nur ihre oft falsche Ausführung. Er berichtet über einen jüngsten Geburtsfall nach einer solchen, welcher die Sectio caesarea nöthig machte.

Da weder Festigkeit noch Ausdehnung der Adhäsionen durch die bimanuelle Untersuchung sicher festzustellen sind, warnt er die Vaginaefixation dabei zu machen und berichtet über eine Reihe von Beobachtungen, wo die Kolpotomia anterior zu schlimmen Folgen geführt hatte. Die Operation wird viel zu oft gemacht, er hat noch nicht $^1/_4$ pCt. aller Fälle von Retroflexio operirt, Küstner 30 pCt., Dührssen zeitweilig 100 pCt.

Endlich nimmt er aus seinem Referat die Verwerfung der Czerny-Leopold'schen Methode der Ventrifixation zurück; er hatte sich dabei auf die Methode bezogen, bei welcher die Nähte durch die vordere Uteruswand und die Bauchdecken gelegt wurden. In Buschbeek's neuester Arbeit über die Leopold'schen Fälle ist eine beschränkte Fixation des Fundus beschrieben, diese Methode hat er nicht bekämpft.

3. Herr Winter (Berlin): Ueber die Symptome der Retroflexio uteri.

Das Interesse an der klinischen Bedeutung der Retroflexio ist in steter Zunahme begriffen, man strebt nach grösserer Klarheit über die Symptome der Erkrankung und alle einzelnen Erfahrungen sind werthvoll zur Erkenntniss. Seit dem Wiener Congress hat er diesbezügliche Untersuchungen angestellt, um nicht nur zu erfahren, wieviel Frauen an Retroflexio leiden, sondern auch welche Symptome sie zeigen. So hat er bei 303 Wöchnerinnen nach dem 1. Wochenbett 36 Retroflexionen (12 pCt.) gefunden, 11 hatten keine Beschwerden, 25 boten solche dar, in 21 Fällen zeigten sich Complicationen und die Beschwerden rührten von ihnen her. Er schliesst daraus, dass die frische Retroflexio meist keine Beschwerden macht. Aus der Poliklinik hat er 90 Fälle von Retroflexio anamnestisch und objectiv genau untersucht, besonders auf Complicationen geachtet und die Fälle 6—8 Monate controllirt. 84 Fälle zeigten Complicationen, 6 waren uncomplicirt und heilten bei Pessarbehandlung. Aus seinen Beobachtungen schliesst Redner u. a.: bei gesunden graviden Frauen macht die Retroflexio keine Beschwerden, nur bei Ischurie muss der Uterus aufgerichtet werden; puerperale Blutungen sind sicher Folge der Retroflexio; bei Prolaps führt die gleichzeitige Retroflexio nicht zu besonderen Symptomen; betreffs der Erkrankung des Endometriums bestätigt W. die Ausführungen Olshausen's; in 31 Fällen fand er Perimetritis, hier sind die Symptome sicher nicht auf die falsche Lage des Uterus zu beziehen, da die Behandlung der Perimetritis in $^2/_3$ aller Fälle zur Heilung führte, in dem übrigen ungeheilten Dritttheil nimmt die Retroflexio mittelbar an denselben Symptomen Theil. Auf die nicht seltene Parametritis posterior bei Retroflexio muss in Zukunft noch mehr geachtet werden, ihre Untersuchung geschieht nach der Aufrichtung des Ut. am besten, die Beschwerden gehen von der Parametritis auf. Der Frage, ob die Complicationen die Folge der falschen Lage des Uterus sind, ist W. ebenfalls auf Grund seiner Untersuchungen näher getreten und möchte der Retroflexio einen Theil ihrer Bedeutung nehmen, da bei gründlicher Forschung im Einzelfall oft eine Reihe anderer Störungen, Infectionen, Stauungen etc. die Symptome verursachen können, so die Endometritis, die Metritis bei nicht complicirter Retroflexio; Blutungen waren meist aus anderen Ursachen aufgetreten, Dysmenorrhoe zeigte sich bei Complicationen und Retroflexio; letztere führt freilich oft zu Abort. auch zu wiederholtem. Jede 4. Schwangerschaft bei Retroflexio führte zu Abortus. 12 Frauen hatten mehr als einmal

abortirt, darunter waren aber 9 complicirte Fälle. Nur bei Perimetritis scheint ein Zusammenhang mit Retroflexio zu bestehen. Zum Schluss hebt W. noch einmal hervor, dass die einfache incomplicirte Retroflexio bedeutend überschätzt worden ist.

4. Herr Dührssen (Berlin): Ueber vaginale Operationsmethoden der Retroflexio uteri.

Die Erfahrungen der letzten 2 Jahre haben entschieden, dass die Retroflexio durch intraperitoneale Vaginifixatio heilbar ist. Von 281 innerhalb 6 Jahren von ihm operirten Fällen sind nur 6 nicht geheilt. Er giebt zu, viele Fälle operirt zu haben, wenn auch nicht 100 pCt., er stellt aber jetzt strengere Indikationen. Die Verwerfung der Operation bei conceptionsfähigen Frauen ist nicht berechtigt, wie die Geburtsbeobachtungen nach Operationen ergaben. Der isolirte Schluss der Plica perit. ant. vermeidet Complicationen der Schwangerschaft und Geburt. Unter seinen Fällen waren 60 mit Adnexerkrankungen complicirt. Bei langjährigen Perimetritiden werden die Gewebe so brüchig, dass die Operationsgefahr wächst. Von seinen 2 Verblutungstodesfällen fällt einer der Methode zur Last. Vesicofixationen hat er 6 ausgeführt, war aber mit ihren Erfolgen so wenig zufrieden, dass er die Operation nur bei leicht beweglicher Retroflexio für annehmbar hält. Seit Anfang dieses Jahres hat er mit besserem Erfolg 29 Mal die Verkürzung der ligg. rotunda vorgenommen und dieselben an die Scheide angenäht. Gegen Olshausen hält er die Berechtigung der Vaginifixatio bei Adhäsionen aufrecht aber mit Eröffnung des Peritoneums. Da viele Retroflexionen im Wochenbett entstehen und dann leicht zu beseitigen sind, müsste der Arzt häufiger Spätwöchnerinnen untersuchen. Auch die Hebammen müssten in der Erkenntniss dieser Lageanomalie mehr belehrt werden als bisher.

5. Herr Baumm (Breslau): Indikationen und Grenzen der vaginalen Operationen.

B. stimmt betreffs der Indikationen mit den meisten Autoren überein, hat alle empfohlenen Methoden der Operation probirt und kritisirt die älteren und neueren Verfahren. Die vordere Fixation des Uterus ist das rationelle, das einfachste das nach Mackenrodt-Dührssen. Die Alexander-Adams'sche Operation hat er mit Erfolg gemacht, 2 Mal die Ligamente nicht gefunden, er kehrte deswegen zur Vaginaefixatio zurück, zu welcher Operation Uebung und Erfahrung gehört, dann ist sie leicht, gefahrlos und erreicht ihren Zweck. Er demonstrirt, eingehend auf die Technik, eine Kugelzange zum Vorziehen des Uterus, fixirt denselben in der Mitte mittels Catgut. Seine Erfolge in bezug auf Dauerheilung, auf spätere Schwangerschaften und Geburten sind gute und er hält die Operation für wohlberechtigt bei Fällen, wo Pessare nicht ausreichen. Bei Prolapsen ist die Operation problematisch. Bei Verwachsungen und Cervixhypertrophie zieht er die Ventrifixation vor.

6. Herr Theilhaber (München): Die klinische Bedeutung der Retroflexio uteri.

Der Zusammenhang der sogenannten Retroflexionssymptome mit der Lageveränderung des Uterus wurde gewöhnlich durch drei verschiedene Modi erklärt:

1. für manche Symptome wurde angenommen, dass sie durch Druck des dislocierten Organs auf Blase, Mastdarm und Beckennerven entstehen. Diese Hypothese wird jetzt mehr und mehr verlassen, da allgemein die Ueberzeugung durchdringt, dass das kleine Organ einen derartigen Druck nicht ausüben kann, umsomehr, als der Mastdarm und die Beckennerven vor Druck geschützt liegen.

2. In grösserem Ansehen steht noch die Lehre von der venösen Stauung. Durch die Abknickung der Lig. lat. und der Lig. infundibulopelvica entstehe eine Torsion der Uterusvenen, die Folge sei chronische Metritis und Endometritis. — Dies ist sehr unwahrscheinlich, denn es fliesst das Blut des Uterus ab in den 2. Venis spermaticis und in den 2. Venis uterinis. Diese vier Venen kommunizieren noch mit vier anderen Venen, den beiden Venis uterovaginales und den beiden Venis vesicovaginales. Wenn in einigen Venen eine Stauung einträte, würden die Anastomosen sich rasch erweitern und das abfliessende Blut aufnehmen. — Es wurden ferner

niemals im Uterus Varicen, niemals an diesem Organ Cyanose beobachtet, wie dies bei Stauung der Fall sein müsste. Keilförmige Infarkte des Uterus gehören zu den allergrössten Seltenheiten, ein Beweis für die Vorzüglichkeit von Anastomosenbildung in den Gefässen des Uterus.

3. Eine grosse Rolle spielt noch die Hypothese von der reflektorischen Entstehungsweise mancher nervösen Erscheinungen, die man bei Kranken mit Retroflexion beobachtet hatte. Referent führte hiergegen an, dass der Glaube an die uterine Entstehungsweise der Hysterie bei den Neurologen im Schwinden begriffen sei. Die neuralgischen Lähmungen etc., die man früher für Reflexerkrankungen hielt, werden heutzutage von nahezu allen Neurologen als hysterische d. h. psychisch bedingte angesehen. — Wenige Nervenärzte glauben mehr daran, dass ohne Aenderung der Blutmischung rein infolge einer Anomalie eines absolut nicht lebenswichtigen Organs weit von demselben entfernt liegende, bis dahin vollständig gesunde Nervenzentra auf dem Wege des Reflexes erkranken.

Auch die Statistik zeigt, dass nach Anteflectirung des Uterus die sogenannten Retroflexionssymptome meistens entweder garnicht oder nur für mehrere Monate verschwanden. Das temporäre Verschwinden für kurze Zeit erklärt sich aus den übrigen Faktoren, die bei gynäkologischen Behandlungen, namentlich im Krankenhaus, zu wirken pflegen (Diät, Ruhe, Regulierung der Darmthätigkeit, psychische Einwirkung u. s. w.).

Auch Schultze wendete ja bei seinen Patientinnen mit Retroflexion regelmässig kalte Clysmata (ein- bis zweimal per Tag) an, ausserdem verordnete er neben der orthopädischen Behandlung sehr häufig Massage und Faradisation, manchmal machte er die Ausschabung und tägliche Ausspülung des Uterus. Wenn er nun bei seinen Patientinnen die Beschwerden verringerte, so lässt sich sehr schwer sagen, ob die Ringbehandlung oder die übrigen neben derselben zur Anwendung gekommenen Heilagentien gewirkt haben.

Referent hatte mit der symptomatischen Behandlung der Retroflexionskranken andauernd gute Resultate. Gleiches wurde ihm von einer Reihe anderer Aerzte berichtet und neuerdings erst wieder von Dr. Freudenberg nach Beobachtungen an 423 Patientinnen der Klinik des Herrn Leopold Landau bestätigt. (Selbstbericht.)

Discussion.

Herr Werth-Kiel. Die Indikationen der operativen Behandlung der Retroflexio sind andere in der Klinik und in der Privatpraxis, in ersterer, wo die Pessarbehandlung nicht durchführbar ist, überwiegen die Operationen. Dass von letzteren die Methode nach Alexander Adams durchgedrungen ist und jetzt den ersten Platz verdient, freut ihn sehr, zumal er mit ihrer Empfehlung seiner Zeit in München und Halle nicht durchdringen konnte. Kocher's und andere Verbesserungen sind nebensächlich, mit Alexander-Adams allein erreicht man dasselbe. Bei Ventrifixationen ist die Gefahr der Darmeinklemmung nicht zu unterschätzen, die Vesicifixatio ist vorzuziehen, besonders wenn man den Uterus zugleich am Rectus fixirt. In der Schwangerschaft sind danach leichte Beschwerden, zumal Harndrang, nicht selten. Als Nahtmaterial verdient kräftiges Catgut den Vorzug.

Herr Wertheim-Wien hat nur in wenigen Fällen die Ligg. rotunda in die Scheide eingenäht. Sein Vorschlag der Verkürzung der runden Bänder von der Scheide aus wurde fast gleichzeitig von Bode-Dresden gemacht; er hat seitdem diese Methode an der Klinik Schauta's ausgeführt, 14 Fälle bei mobilem, 9 Fälle bei fixirtem Uterus, 3 Fälle mit Myom operirt und fand den mechanischen Effect sehr gut. Verwachsungen wurden vorher gelöst. Blutungen, Darm- und Blasenverletzungen hat er nicht erlebt. Redner schildert die Technik und bemerkt, dass er durch Faltenbildung 6—8—10 cm des Lig. rot. ausschalten konnte. Auch bei Prolapsen wurde so operirt.

Herr Veit-Leiden bestätigt die Häufigkeit der virginellen Retroflexionen, auch der grösste Theil der puerperalen hat vorher schon bestanden. Die Retroflexio ist kein erworbenes Leiden, es muss eine Disposition des Uterus bestehen, durch die er die Retroflexio erwirbt. In frischen Fällen macht sie keine Symptome. Erfahrung des Arztes und Ausbildung des Gynäkologen ist für das Urtheil massgebend, welche Symptome

auf die häufigen Complicationen zu beziehen sind. Durch die neueren Operationen bei Retroflexio hat man die „vaginale Laparotomie“ gewonnen. Er glaubt nicht, dass gesunde Peritonealflächen an einander heilen, Fremdkörper (Nahtmaterial) oder Infectionen bewirken die Heilung. Redner spricht sich gegen die operative Behandlung der Retroflexio aus, er verwendet Pessare und nur wenn diese nicht ausreichen und der Uterus beweglich ist, operirt er nach Alexander-Adams. Bei Prolaps und Retroflexio muss man operiren. Die Ventrifixation darf bei jungen Frauen nicht gemacht werden, bei alten ist sie vielleicht anwendbar.

Herr Fehling-Halle widerspricht Schultze betreffs der Parametritis posterior als Ursache der Retroflexio, die Parametritis anterior ist wichtiger. Von den Symptomen ist der Blasendrang wichtiger, als die Obstipation. Gegen Werth hält er die Pessarbehandlung auch in Kliniken für durchführbar, und wenn erst die Studenten die Pessarbehandlung besser lernen werden, wird in Zukunft weniger operirt werden. Gegen Veit wendet er ein, dass aseptisches Operiren doch heute möglich ist, peritoneale Verwachsungen kämen doch auch bei Virgines zur Beobachtung, wo Infection auszuschliessen sei. Mit Olshausen empfiehlt er die Ventrifixation, wenn auch Dauerresultate nur in der Hälfte aller Fälle eintreten. Oft bleibt die Lage gut, aber die Beschwerden kehren wieder. Nach 75 Fällen sah er keine Geburtsstörungen. Nach seinen Beobachtungen blieben in 50 pCt. der Vaginifixationen die Beschwerden weg. Bei Prolapsen sah er bessere Resultate nach der Vesicofixation.

Herr Küstner-Breslau hat schon vor 10—12 Jahren die Häufigkeit der virginellen Retroflexio betont und hat also Recht behalten; er erinnert an die scharfen Anteflexionen mit Aplasie des Uterus bei Virgines. Die primäre puerperale Retroflexio ist selten. Peritonealer Decubitus und damit Fixation kommt erst nach langer Zeit zu Stande und zwar nach Faltenbildung des Douglasperitoneums. Auf Symptome der Retroflexio soll man nicht warten, bevor man letztere behandelt, die mechanische Störung bleibt bestehen. Bei arbeitenden Frauen entsteht immer aus der Retroflexio der Prolaps. Betreffs der Pessarbehandlung stimmt er Fehling bei, in Folge des Misscredits, in welchen die Pessarbehandlung bei vielen Frauen gekommen ist, lassen sich dieselben jetzt eher operiren. Eine Frau, die ein Pessar trägt, ist nicht voll erwerbsfähig, sie muss öfters zum Arzt und sich und ihr Pessar behandeln lassen. In der Privatpraxis operirt er seltener Retroflexionen als in der Klinik Betreffs seiner Operationstechnik verweist er auf den Genfer Congress. Fadeneiterungen hat er mit Anderen oft beobachtet, zur Verhütung der Fadeninfectionen empfiehlt er mit sterilisirten Baumwollhandschuhen zu operiren.

Geburtsstörungen hat er mit Nutzen mittels Kolpeurynter behandelt, wodurch die Sectio umgangen wurde.

Herr Kehrer-Heidelberg hält abnorme Länge der Ligg. rotunda und Douglasii, theils angeboren, theils im Puerperium erworben, für ätiologisch wichtig zur Entstehung der Retroflexio und nennt hierher gehörige Beispiele. Zur Symptomatologie bestätigt er das Vorkommen symptomloser Fälle, ferner kennt er solche, wo die Retroflexio sicher die Ursache der reflectorischen, nervösen und neuralgischen Beschwerden ist und solche Fälle, welche mit Entzündungen complicirt sind, nach deren Beseitigung Heilung eintritt. Die Anspannung der Ligg. infundibula-pelvica und des Parametriums, wodurch Bündel der Spermaticalgefässe comprimirt werden, bewirkt die nervösen Beschwerden. Durch die Reposition tritt Entspannung dieser Bänder ein. Nur Operationen, welche die Bänder des Uterus verkürzen, haben Zukunft.

Herr Löhlein-Giessen hat sicher den Einfluss von Ovarientumoren auf die Entstehung von Retroflexio beobachtet. Der Einfluss des Wochenbettes auf die Verlagerung des Uterus ist nicht zu unterschätzen und rechtzeitige Pessarbehandlung hier von grösstem Segen, zumal bei arbeitenden Frauen. Wie im Wochenbett bei Retroflexio längere blutige Ausscheidungen vorkommen, so sind auch die Menses profusi eine Folge der Lageveränderung, sie sind aber nicht durch Ausschabung der Mucosa zu behandeln. Mit operativen Eingriffen ist er sehr zurückhaltend: bei virginalen Retroflexionen,

bei Greisinnen und bei fixirten Retroflexionen sind Pessare nicht angezeigt, hier soll man den Uterus in Ruhe lassen.

Herr Martin-Berlin wendet sich zuerst gegen Schultze's Bemerkungen bezüglich der Lage des Uterus bei Ovarialtumoren und leugnet den Einfluss der Lageanomalie auf die Entstehung derselben. Es giebt Retroflexionen mit vollkommen normaler Lage der Ovarien, wird letztere verändert, so müssen weitere Störungen, Stielveränderungen vor sich gehen. Stauungen im Ovarium mit Vergrösserung desselben können entstehen, aber nicht Neubildungen. Die heutige Discussion betreffs der Symptome der Retroflexio ist deswegen besonders wichtig, weil nun auch andere anfangen, die Fälle mit Adnexerkrankungen von denen zu trennen, in welchen die Retroflexio allein Symptome macht. Da er diese Auffassung schon lange vertreten hat, opponirte er auch gegen die operative Behandlung der Erkrankung. Unter 445 Kolpotomien zählt er nur 60 wegen Retroflexio. Die Besorgniss von den Verwachsungen theilt er nicht, in der Narkosenuntersuchung ante operationem sieht er zu, ob die Trennung der Verwachsungen von der Scheide her möglich ist. In allen seinen Fällen hat er die Operation vollendet, ohne dass ihm Blutungen Verlegenheit bereiteten. Nebenverletzungen können auch auf anderen Operationswegen vorkommen. Die vielfach ausgesprochene Warnung vor vaginalem Operiren darf aber nicht ungehört verhallen. Auch er verwendet nur Catgut zur Naht.

Herr Elischer-Budapest wünschte gleich Schultze, den Begriff der Retrodeviationen zu eliminiren und erkennt die richtige Definition der Retroflexio an. Auch er bestätigt die Gefahr der Blasenfüllung für das Entstehen der Retroflexio und will, dass besonders die Schulärzte aufklärend und belehrend wirken möchten. Tumoren in der vorderen Wand des Uterus sind nicht so selten, es sind subseröse und intramurale Myome, dieselben bedingen Retroflexio und Schwellung der Ovarien. Mit Pessaren kommt man meist nur in unkomplicirten Fällen aus; die operative Verkürzung der Ligg. rotunda ist nicht die richtige Behandlung, da sich die Bänder wieder dehnen. Er erinnert an seine in No. 10 des Centr. f. Gyn. in diesem Jahre veröffentlichte Operationsmethode, nach welcher er bisher 14 Fälle mit Erfolg behandelte. Wie die Verkürzung der ligg. rotunda hält er auch die Annähung des Uterus an die Bauchwand, die Blase oder die Scheide für unvollkommene Operationen. Das verwendete Nahtmaterial, ob Seide, ob Catgut, wurde auch nach seinen Beobachtungen nach aussen abgestossen.

Herr Mackenrodt-Berlin sieht in der diesmaligen Diskussion einen Fortschritt, da in der Symptomatologie der Retroflexio eine gewisse Einigung erzielt wurde. Dagegen fehlt dieselbe noch betreffs der Behandlung, an allen Operationsmethoden blieb etwas auszusetzen. Den vaginalen Methoden ist aber ihr Recht gelassen worden, wenn auch die Vaginofixation in ihrem Kernpunkt nicht berührt wurde. Die Art und Weise der Anheftung des Uterus wurde hier nicht genügend hervorgehoben. Er hält die meisten derartigen Operationen für Vesicofixationen, erinnert an seine letzten Vorschläge betreffs dieser Operation, welche er jetzt ausschliesslich machte, ohne Recidive zu sehen. Mit der Vesicofixatio lässt sich die Einnähung bez. Verkürzung der Ligg. rotunda verbinden. Zur Naht verwendet er ausschliesslich Catgut und sucht die Nahtentzündung durch ableitende Behandlung (Ichthyolglycerintampons) abzukürzen.

Herr Meinert-Dresden erinnert an die sehr bemerkenswerthe Arbeit von Sielski: „Zur Mechanik der normalen und pathologischen Lageveränderungen des Uterus“ und recapitulirt die Ansichten des Autors. Es kommt zu Descensus bei Erschlaffung des Beckenbodens. Der intraabdominale Druck wird noch künstlich durch die Kleidung bei jungen Mädchen und Frauen verstärkt, wie das Redner durch Beispiele erläutert. Er selbst operirt nicht viel, versucht aber, abnorme langdauernde Druckverhältnisse in abdomine zu beseitigen oder zu verringern.

Herr Leopold-Dresden dankt Olshausen für dessen Richtigstellung betreffend die Ventrifixation. Dieselbe führt er, wie sie auch Buschbeck beschrieb, so aus, dass er den Uterus mittels 2 Fäden 2 Finger breit über der Symphyse fixirt. Die Operationen sind ohne Störungen verlaufen, Recidive nicht eingetreten. Ebenso ist Ileus nicht zu fürchten. Ausser in

2 Fällen von unsauberer Operation sind Stichkanaleiterungen ausgeblieben. Die Bauchwunde liegt 15 Tage unter Occlusivverband. Er berichtet zur Casuistik schwerer Geburten nach Vaginifixation über 2 Fälle aus seiner Klinik, in denen die Wendung noch möglich, aber überaus schwierig war.

Herr Fritsch-Bonn sieht die Aufgabe der Therapie der Retroflexio allein darin, die volle Arbeitsfähigkeit der kranken Frau zu erzielen und glaubt, dass in vielen Fällen auch bei der arbeitenden Frau das Pessar genügt. Zur operativen Behandlung übergehend, lehnt er die Vaginifixur bei Frauen im geschlechtsreifen Alter ab; er giebt der Ventrifixation den Vorzug, obgleich volle Arbeitskraft durch dieselbe nicht erzielt wird. In manchen Fällen hat er deswegen nachträglich noch den Uterus entfernen müssen. Die Misserfolge liegen an der Methode, er fixire den Uterus, wie es Leopold beschrieben hat, mit Catgut, nur mit dem Unterschied, dass er vorn den Fundus in Markstückgrösse umsäumte und ihn extraperitoneal lagerte. Seit einem Jahre macht er die Alexander-Adams'sche Operation, welche als die beste Methode anzuerkennen ist, wenn sie keine Recidive giebt, zu deren Erkenntniss seine Beobachtungszeit noch zu kurz ist.

Herr von Rosthorn-Prag hat das einschlägige Material von 5 Jahren gesammelt und stellt zunächst die grosse Häufigkeit der Retroflexio fest; er fand sie in 16,2 % aller Fälle, Nulliparae waren mit 21 % daran betheiligt. in 27 % war die Retroflexio Theilerscheinung des Prolapses. Weitere Complicationen waren häufig beobachtet, welche er näher aufzählt. In 39 Fällen wurde die Retroflexio im Wochenbett festgestellt, in der ersten Zeit desselben kam sie jedoch selten vor und war nur geringen Grades. Von den Symptomen hebt Redner besonders die Harnbeschwerden hervor, nicht überall waren sie von Cystitis herrührend. In 199 Fällen gelang die Reposition, das Pessar hielt den Uterus richtig. Wenn Rheinstädter die Pessarwirkung für suggestiv hält, so hat er nicht recht. Redner hebt die Wichtigkeit der Pessarbehandlung besonders hervor und wünscht. dass dieselbe auch im Unterricht genügend gelehrt werden soll. In 90 Fällen wurden vor der Reposition die vorhandenen Adhäsionen nach Schultze gelöst, danach wurden 18 Recidive beobachtet. Vortr. warnt davor; die Lösung der Adhäsionen zu forciren und berichtet über zwei Fälle, in welchen er dabei den Douglas mit dem Finger perforirt hat. In 34 Fällen hat er bei Adhäsionen die Ventrifixation, in 48 Fällen mit Prolaps die Vaginifixation ausgeführt. Wertheim's Methode wurde von seiner Klinik in 5 Fällen probirt, von welchen 3 recidiv wurden, er will dies aber nicht der Methode zuschieben, die Operation ist von Assistenten ausgeführt worden. Die Alexander-Adams'sche Operation, welche er wiederholt an der Leiche geübt und demonstrirt hat, ist ihm an der Lebenden nicht gelungen, er fand die Ligamente nicht, während dieselben an der Leiche immer leicht zu finden waren. Trotz des Misserfolges will er im Hinblick auf die guten Erfolge Anderer die Operation wieder versuchen. Nach Ventrifixation sah er 2 Recidive, nach Vaginifixur 4 Recidive, 4 beobachtete Geburten verliefen normal. Zur Naht verwendete er immer Silkswormgut.

Herr Chrobak-Wien nimmt das Wort, um nicht den Verdacht zu erregen, als ob er zu allem Gesagten zustimme. Er stimmt nicht Schultze bei, dass die Retropositio uteri mit Anteflexio unter den Begriff der Retrodeviation fällt. Er beobachtete in mehr als der Hälfte der Fälle von uncomplicirter Retroflexio Beschwerden und erinnert an zwar nicht aufgezählte Symptome, an die häufige Sperma-ejaculation aus der Vagina, welche ein Conceptionshinderniss wird, und an die bei Retroflexio nicht seltenen complicirenden Dickdarmkatarrhe, deren besondere Behandlung nothwendig und meist von überraschendem Erfolg auf alle Symptome ist. Die Leistungen einzelner Operateure darf man nicht allein seinem Urtheil zu Grunde legen, wer die Arbeit von Heymann im Archiv für klinische Chirurgie gelesen hat, wird mit Redner erschrocken sein über die Resultate aller in Deutschland vorgenommenen bez. veröffentlichten Operationen vom Jahre 1894; da sind 618 Operationen mit 99 Todesfällen aufgezählt!

Redner wendet immer zuerst die Pessarbehandlung an, hält sie mit Anderen oft für schwieriger als die Operation und warnt vor unnöthigem Operiren mit einem scharfen Ausfall auf die gewinnbringende Seite der

Operation gegenüber der billigeren Pessarbehandlung. Bis heute hat er erst in 51 Fällen von Retroflexio operirt, er sah aber viele Misserfolge, ja geradezu Verstümmelungen durch andere Operateure, besonders durch Vaginifixuren. Letztere hat er nur 16 Mal ausgeführt und ist jetzt nicht leicht dazu zu bewegen. Die Methode Olshausen's und die Verkürzung der runden Bänder sind die Operationen der Zukunft. Ausschabungen vor der Reposition sind zu verwerfen.

Herr Wiedow-Freibung giebt einen Beitrag zum Mechanismus der Retroflexio, indem er an die Bedingungen erinnert, unter denen der Uterus im Becken den grossen Bogen nach hinten machen kann. Bei normalen Befestigungen des Uterus sind seine Bewegungen beschränkt, sind aber die Befestigungen lädirt, dann ist die Excursionsfähigkeit vermehrt. Der insufficiente Scheidenschluss ist eine häufige Ursache, dann disponirt das Wochenbett am meisten zur Entstehung der Retroflexio, ebenso die Entwickelungsjahre. Des Weiteren verweist er auf seinen vor 8 Jahren in Halle gehaltenen Vortrag über Bauchfellerschlaffung und die darin vorgetragenen Anschauungen.

Herr Schatz-Rostock sieht, dass die Meinungen über den intraabdominellen Druck noch viele Verwirrung bringen und empfiehlt, Uterus und Adnexe bei Beurtheilung desselben auseinanderzuhalten. Der Beckenboden verdient besondere Berücksichtigung. Der intraabdominelle Druck ist nie so gross, dass er den Uterus aus seiner Lage bringt. Im Puerperium muss viel mehr auf die Pflege der Frauen geachtet, die Wöchnerinnen ärztlich beobachtet werden. Zur Vesicaefixation bemerkt Redner, dass der Uterus an das Peritoneum hinter der entleerten Blase angenäht werden muss, dann sind die Dauerresultate günstige.

Herr Pfannenstiel-Breslau: Die Verkürzung der Ligg. rot. auf vaginalem Wege, über deren Erfolge wenig berichtet wurde, ist von ihm in 15 Fällen, welche mit Prolaps complicirt waren, ausgeführt worden. Die ältesten Fälle sind 1½ Jahre alt, die Resultate tadellos und bisher andauernd. In 2 Fällen ist Schwangerschaft eingetreten. Die Verkürzung der Ligg. rot. ist bis auf 10 cm möglich, vielfach genügt es, die Ligg. in die Scheide anzunähen. Die Operation wurde immer bei conceptionsfähigen Frauen ausgeführt, sonst die Vaginifixation. Bei Retroflexio mobilis ohne Prolaps ist die Alexander-Adams'sche Operation angezeigt, deren Technik erst erlernt werden muss, und zwar besser an der Lebenden als an der Leiche, wo die Ligamente leichter zu finden sind.

Herr Neugebauer-Warschau erwähnt, dass er die Nachtheile der Pessarbehandlung, namentlich die deletären Nebenwirkungen schlecht gewählter, vernachlässigter und vergessener Pessarien an der Hand einer Casuistik von über 300 Fällen zusammengestellt habe. Er warnte vor Missbrauch der Pessare, verwirft dieselben aber durchaus nicht zu Gunsten der operativen Therapie, die anderweit ausschliesslich empfohlen wird und ist erfreut, dass die Rechte der Pessare auch von anderen Fachgenossen heute gewahrt würden. Es giebt ja genug Fälle, wo trotz vollzogener Operation durch ein Pessar der Misserfolg derselben ausgeglichen werden muss. In 3 Fällen machte er die Ventrifixur des Uterus, in einem Fall wurde bei einer jungen Virgo intacta bei completem Prolaps die Kolpoperineorrhaphie und Ventrifixur ausgeführt, ein Jahr nach der Operation fand Redner den Fundus uteri der Bauchwand fest anhaftend, die Bauchnarbe trichterförmig eingezogen und dabei die Vaginalportion bis vor die Vulva herausgetreten, also Recidiv trotz Stenosirung der Scheide und Ventrifixur, die nicht nachgegeben hat. Der Uterus mass früher 7 cm Sondenlänge, jetzt mehr als 12 cm. Die Ventrifixur mit Fixation an nachgiebigen Theilen möchte Neugebauer verwerfen. Ein Warschauer College Dr. v. Krajewski, hat in einem Fall von Recidiv eines completen Uterusvorfalles bei einer Nullipara nach Kolporrhaphia duplex und Perineoauxesis ein neues Verfahren behufs Ventrifixur angewandt, indem er nach Bauchschnitt den Musculus pyramidalis einer Seite bis an seine Basis ablöste, dann den Uterus hochzog und seine vordere Wand vor unten nach oben zu mit einer vorn geöhrten Nadel durchbohrte. Eine Fadenschlinge welche das oben freigemachte Ende des M. pyramid. mitfasst, dient dann dazu, den M. pyram.

durch die Uteruswand durchzuziehen. Dann wird das obere Ende des Muskels wieder an normaler Stelle eingenäht und die Bauchwunde geschlossen. v. K. ist bis jetzt 2 Mal diesem Plane gefolgt, einmal jetzt kürzlich, einmal vor 3 Jahren. Das Ergebniss ist bis jetzt gut. (Selbstbericht).

Herr Olshausen (Schlusswort) hat den häufigen puerperalen Ursprung der Retroflexio keineswegs geleugnet, wie Herr Küstner glaubte, er hat diesen nur nicht besonders erwähnt. Herrn Theilhaber's Meinung widerspricht er entschieden: es fehlen nicht immer Stauungen am Uterus, die Verdickung der hinteren Lippe gegenüber der vorderen beweist die Stauung. Der Hauptbeweis, dass die Retroflexio nervöse reflectorische Störungen macht, ist „ex juvantibus" gegeben. Nach der Reposition verschwindet eine Reihe nervöser Beschwerden, Magendruck, Kopfschmerzen u. s. w.; liegt der Uterus wieder falsch, so kehren sie prompt wieder. Zur Hysterie gehören diese Symptome niemals. Er berichtet noch über einen interessanten Fall von Garrulitas vulvae bei Retroflexio, welche erst nach Ventrifixation dauernd heilte. Schliesslich drückt er seine Freude aus, dass während der ganzen Diskussion kein Wort über Massage oder Lyftung gefallen ist.

Herr Schultze (Schlusswort) hat sich ebenfalls gefreut, wie viele ihm heute zugestimmt haben. Kehrer's Bemerkungen über den Zug am Ligamentum infundibulopelvicum sind sehr wichtig, sie erklären die oft plötzlich eintretenden Beschwerden. Die von Löhlein erwähnten übermässigen Menses, das Anteponiren der Regel, liegt an der Schädigung der Ovarien durch Circulationsstörungen. Die Vortheile der Pessarbehandlung, welche dem Uterus eine Lage giebt, wie sie keine Operation erreichen kann, sind heute genügend anerkannt worden, er giebt die Schwierigkeit und Umständlichkeit der Pessarbehandlung zu, aber dieselbe ist zu erlernen. Seine frühere Empfehlung der Celluloidpessare kann er heute nur wiederholen.

Herr Baumgärtner sen. (Baden) demonstrirte hierauf einen Apparat zur Formung von Celluloidringen, welcher von seinem Sohne erfunden wurde und sich bewährte. Die Demonstration überzeugte allerdings die Zuschauer nicht von den Vortheilen des complicirten Apparates.

Es folgte noch der Vortrag des Herrn Klein-München.

Herr Klein (München). Ueber die Beziehungen der Müller'schen zu den Wolff'schen Gängen beim Weibe. Bis in die jüngste Zeit waren die Angaben der Untersucher über das spätere Schicksal des distalen Theils der Wolff'schen Gänge beim Weibe sehr verschieden. Nagel glaubt, dass die untersten Reste dieser Gänge in der Höhe der Portio zu finden seien: Beigel und Dohrn fanden die Gänge neben der Scheide, v. Ackeren sogar bis zum Hymen hinunter. Andere, wie Kocks, hielten die „paraurethralen" Gänge (Skene'schen Drüsen) für das distale Ende der Wolff'schen Gänge. Diesen Angaben gegenüber konnten Groschuff und ich 1895 zeigen, dass — wie schon von anderen Untersuchern angegeben — die Skene'sche Drüse das Homologon der Prostata-Drüse des Mannes ist und dass sie mit dem distalen Ende der Müller'schen Gänge nichts zu thun hat. Wir hatten die Wolff'schen Gänge bei einem 4½ Monate alten Mädchen beiderseits neben der Scheide bis in die Hymen verlaufend und die Prostatadrüse ganz unabhängig davon im Septum urethro-vaginale gefunden. — Nagel erkannte diese Gänge nicht als die Wolff'schen an, da sie nicht vom Lig. lat. an verfolgt werden konnten. Von Bollinger und mir daraufhin angestellte Untersuchungen am neugeborenen und ausgewachsenen Schwein liessen die Wolff'schen Gänge makro- und mikroskopisch in mehreren Fällen vom Parovarium ununterbrochen bis in den distalen Theil der Scheide verfolgen. Für die Verhältnisse beim Menschen beweisend ist endlich folgendes neugewonnene Präparat. Im Genital eines neugeborenen Mädchens fand sich der rechte Wolff'sche Gang vom Parovarium bis in die Uterus-Substanz und hier bis in die Cervixwand hinabziehend. Der linke Wolff'sche Gang liess sich vom Parovarium durch das Lig. lat. in der seitlichen Wand der unteren Hälfte des Corp. uteri und in der Cervix-Substanz nachweisen; von hier zog er in S-förmiger Schleife über das Scheidengewölbe hinüber und verlief links neben der Scheide bis in den Hymen. Demnach

war hier und zwar durch mikroskopische Reihenschnitte der Wolff'sche Gang vom Parovarium bis in den Hymen hinein zu verfolgen. In der Uterus-Substanz zeigt er zahlreiche Verästelungen, ähnlich einem Wurzelstock: es können sich aus ihm deshalb Adenomyome (v. Recklinghausen) entwickeln. In anderen Fällen kommt es zur Bildung uniloculärer uteriner Cysten dieses Ganges oder zur Entwicklung „cystischer Myome". Im Lig. lat., neben der Scheide, und im Hymen bildet er ebenfalls häufig Cysten. Deshalb ist die Kenntnis seines Verlaufes die unentbehrliche Grundlage für die ätiologische Bestimmung solcher Cysten. Im weiteren Verlaufe der Untersuchung drängte sich ferner die bekannte Frage auf, ob der Müller'sche Gang sich bei Säugern vom Wolff'schen abspalte oder unabhängig von ihm neu an ihm herunterwachse. Von Herrn Groschuff und mir an 13 Kaninchen-Embryonen von 22—26 mm Kopfsteisslänge (19. Tag) angestellte Untersuchungen ergaben, dass der Müller'sche Gang sich vom Wolff'schen abspalte. Für die niederen Wirbeltiere (Anamnier) ist dies schon sichergestellt, für höhere Wirbeltiere ist es von einigen Autoren bestritten, durch neuere Untersuchungen (Burger, Taalmann-Kip) jedoch ebenfalls erwiesen, für den Menschen wird es von mehreren Autoren vermutet. Groschuff's und meine Untersuchungen stellten die Abspaltung für einen Säuger (Kaninchen) ebenfalls fest und gaben Anhaltspunkte dafür, dass sie auch beim Menschen stattfindet.

(Selbstbericht.)

Herr Veit demonstrirt das Präparat einer Urethrocele, die er in Leyden operirte; die Cyste sass im Septum urethro-vaginale und kommunicirte durch 2 Oeffnungen mit der Harnröhre. Die Cyste war entzündet, enthielt stellenweise noch Plattenepithel, letzteres zeigten auch die beiden Kanäle. V. betrachtet das Gebilde als das Ende des Gartner'schen Ganges, die Mündung in die Urethra ist eine Ausnahme. Die Präparate werden an Diapositiven und am Sciopticon demonstrirt.

III. Sitzung, 2. Tag, den 10. Juni 1897, Vorm. 8 Uhr.

1. Herr Neugebauer demonstrirte:

a) einen durch supravaginale Amputation gewonnenen Uterus aus dem 5. Monat einer interstitiell entwickelten Schwangerschaft. Extraperitoneale Stielbehandlung. Heilung. Die Diagnose war vor der Operation auf Schwangerschaft in einem Horn eines Uterus bicornis gestellt worden:

b) einen bis zum Ende des V. Monats extrauterin entwickelten Foetus, welcher durch Scheideneinschnitt entfernt wurde. Das Messer traf sofort unerwartet auf den Schädel der Frucht, so dass eine unbeabsichtigte Excerebration gemacht wurde. Der Fruchtsack lag dem Foetus direct an, Wasser fehlte. Die Frucht zeigte zahlreiche Verbiegungen, Abplattungen und Einschnürungen, durch Druck der Eihautwände und der um die Extremitäten gewundenen Nabelschnur. Die Extraction des Foetus geschah in toto. Tamponade. Erster Wechsel derselben nach 14 Tagen, wobei eine starke Blutung erfolgte. Erst nach 6 Wochen ging die Placenta in Fetzen ab. Heilung.

Es handelte sich um eine seit 1¼ Jahr verheirathete Dame, bei welcher gegen Ende des 2. Monats einer tubaren Schwangerschaft Ruptur eintrat mit nachfolgenden Collapsen: das Ei war zwischen die Blätter des lig. latum dextrum ausgetreten. Neugebauer fand, gegen Ende der 8. Woche hinzugerufen, einen Beckenbluterguss bei relativ gutem Allgemeinbefinden und rieth abzuwarten. Nach 5 Wochen war der Tumor gewachsen, es musste daher operirt werden. Heilung:

c) einen Blasenstein von halb Hühnereigrösse durch Kolpocystotomie entfernt. Das 26jährige Mädchen hatte sich vor 1 Jahr 2 Haarnadeln in die Blase eingeführt, erst seit 3 Monaten Beschwerden. Der Stein hatte sich um die Nadeln abgesetzt:

d) einen per vaginam wegen Cervixcarcinom entfernten Uterus mit Carcinomherd in einem Tubenwinkel:

e) 1 Hähnchen und eine junge Ente mit je 4 Flügeln und 4 Füssen.

Neugebauer demonstrirt weiter eine Reihe interessanter Photogramme und hält einen kurzen Vortrag über heterosexuelle Behaarung und andere Anomalien. Derselbe ist bereits in polnischer Sprache mit 56 Abbildungen erschienen und wird auch deutsch veröffentlicht werden. (Selbstbericht).

2. Herr Schramm-Dresden berichtet über einen Fall von Schwangerschaft im linken rudimentären Horn eines uterus bicornis. Retention einer 8monatlichen Frucht (Missbildung). Sectio caesarea. Entstehung einer linken Ureter-Uterushornfistel. Heilung.

Sänger zählte bis 1882 vier operirte Fälle von ausgetragener Nebenhornschwangerschaft. Seitdem sind bis 1895 sechs weitere Fälle hinzugekommen (Wiener, Sklifassowski, Treub, Höpfl, Walthard und Galabin). Sein eigener hier berichteter Fall ist der 11. in dem Zeitraum von 31 Jahren. Aus der Krankengeschichte der 36jähr. Frau ist zu bemerken, dass dieselbe vor 12 Jahren einmal normal geboren und vor 2 Jahren einmal abortirt hat. Die jetzige Schwangerschaft begann Anfang December 1895 und brachte sehr früh viel Beschwerden; erste Bewegungen Anfang Mai, bis Ende Juni sehr lebhaft; Anfang August Schüttelfrost, zur Zeit der erwarteten Geburt Schmerzen, die bald wieder aufhören. Aufnahme der Frau in die Klinik am 8. Dec. 96. Operation wegen abgestorbener Extrauterinschwangerschaft am 19. December. Der Versuch, von der Scheide her zu operiren, misslang, daher Laparotomie. Fruchtsackwandung 1—1,5 cm dick, Placenta flächenhaft ausgebreitet, matsch, lässt sich ohne Blutung ablösen. Wegen ausgedehnter Verwachsungen lässt sich das ausgedehnte Horn nicht exstirpiren, es wird daher so viel wie möglich davon resecirt und die Höhle nach der Bauchhöhle hin geschlossen. Nach der Scheide war sie vorher schon drainirt worden. Der unterste Theil des Sackes wird in die Bauchwunde eingenäht. Der Verlauf war ein guter, es hatte sich aber eine linksseitige Ureter-Uterushornfistel gebildet und zwar gelegentlich von Verletzungen beim Versuch, von der Scheide her zu operiren. Es wurde nun eine künstliche Blasen-Uterushornfistel angelegt, um den in den rudimentären Sack fliessenden Urin in die Blase abzuleiten. Die Heilung gelang. Nach dem Operationsbefund ist in diesem Fall die Conception durch äussere Ueberwanderung geschehen. Das entfernte 2750 g schwere, 49 cm lange Kind zeigte Eventration der Baucheingeweide, Genitalblasenspalte und doppelseitige Hüftgelenksluxation.

3. Herr B. S. Schultze demonstrirt ein kleines Steinkind entsprechend etwa dem 4. Schwangerschaftsmonat mit trefflicher Ausbildung des Skelettes; es wurde gelegentlich einer Adnexoperation gefunden und muss nach der Anamnese fast 10 Jahre getragen worden sein.

4. Herr v. Kézmarszki-Budapest berichtet über einen Fall von Sectio caesarea wegen eines quer verengten (Robert'schen?) Beckens mit schnabelförmiger Symphyse. Er hatte versucht, die geheilte Frau mittels Röntgenstrahlen zu photographiren, um das Becken deutlich zu erkennen, doch war das Bild trotz $^5/_4$stündiger Exposition nicht gelungen.

5. Herr v. Herff-Halle: a) Ueber Cysto- und Adenomyome der Scheide.

Bei Stillstand des Wachsthums der Urniere betheiligen sich zuerst die proximalen Abschnitte derselben und erst allmählich erstreckt sich der Process auf den caudalen Abschnitt, in letzterem und dem medialen bleiben Theile der Paroophoron und Epoophoron erhalten. Bei den Beziehungen der Müller'schen Gänge zu dem Wolff'schen Gang ist zu erwarten, dass sich entlang dieser Strecke Adenomyome finden werden, was von v. Recklinghausen auch nachgewiesen worden. Sind ausnahmsweise die caudalen Abschnitte des Wolff'schen Körpers erhalten, so können auch Adenomyome in der Scheide vorkommen. In der Scheide einer wegen Prolaps von Fehling durch Totalexstirpation operirten Frau fanden sich zwei Myome des Scheidengewölbes mit cystischen und drüsigen Gebilden. Erstere waren Retentionscysten von zweifellosen Vaginaldrüsen. In der einen Geschwulst fanden sich jedoch in der Tiefe inselartig angeordnete Drüsenröhren, die sich verzweigten und erweiterten. Sie glichen den v. Recklinghausen'schen Befunden und sind als Reste von Theilen der Urniere anzusehen.

b) Derselbe demonstrirt hierauf noch ein spondylolisthetisches Becken, welches von Wedekind in einer Dissertation näher beschrieben ist (Halle 1897), und drei Kinderschädel mit angeborener Dolichocephalie. Letztere ist ätiologisch von Bedeutung für Streckhaltung des Kindes sub partu, führt leicht zu Gesichtslagen; letztere wurde auch bei einem dieser Kinder mit gleichzeitigem Nabelschnur- und Armvorfall beobachtet.

6. Herr Pfannenstiel-Breslau: Ueber die Adenomyome des Genitalstranges.

Die von ihm beobachteten Fälle zeichnen sich durch ihre Lokalisation und durch ihr klinisches Verhalten besonders aus. Sie bestehen mikroskopisch aus einem festen Gefüge von fibromuskulärem Gewebe mit Einbettung von Drüsenschläuchen, welche innen mit einschichtigem, meist flimmerndem Cylinderepithel ausgekleidet sind. Neben diesem Befund sind noch ampulläre Ausbuchtungen der Kanälchen und Endkolbencysten erwähnenswerth. Charakteristisch für diese Geschwülste ist der Befund von Pigmentkörpern, besonders in den Endcysten. P. legt der Versammlung zwei einschlägige Präparate vor:

1. ein wallnussgrosses Adenomyom, aus dem Uterus durch Laparotomie entfernt. Es sass hinten dem Uterus breit auf und zwar oberhalb des Ansatzes des linken Douglas'schen Bandes. Aus der vorderen Wand wurden noch zwei kleine einfache Myome ausgeschält.

2. Eine gleiche Geschwulst, welche im hinteren Scheidengewölbe dicht am Uterus anliegend, mit diesem entfernt worden war. Die mikroskopische Beschaffenheit war auch hier die eines Adenomyoms. Bei derselben Patientin fand sich nun noch ein kleiner Knoten in der Leistengegend, der nicht als Metastase der Scheidenneubildung aufzufassen ist, sondern gleichzeitig mit letzterer auftrat. Der Tumor war keine Lymphdrüse, sondern zeigte ebenfalls die Structur des Adenomyoms mit Pigmentirung. P. nimmt an, dass in diesem Fall das Paroophoron abnorm tief bis zur Scheide herabragte, und dass der unterste Abschnitt der Urniere mit dem Ligamentum rotundum bis in die Leistengegend gelangte, nur so ist das Auftreten und die Lokalisation dieser Geschwülste zu erklären. Die Prognose derselben ist als günstig zu bezeichnen.

7. Herr Franz-Halle demonstrirt eine als Ovarialtumor diagnosticirte Geschwulst, welche sich bei der Operation (Fehling) als birnförmiges, am linken Uterushorn gestieltes, subseröses Myom ergab.

Herr Leopold-Dresden: I. Ueber die Entstehung des intravillösen Kreislaufes.

Zur Erforschung des Kreislaufes eignen sich nur Eier aus der allerersten Zeit, wie dasjenige von 7—8 Tagen, welches er im vorigen Jahr in Frankfurt zeigte. Von diesem und einem solchen von 14 Tagen sind Serienschnitte angefertigt worden, woraus man den Bau der Reflexa und die Einnistung des Eies, sowie die Entstehung des intervillösen Kreislaufes erkennen kann. Die jüngsten Sprossen der Zöttchen, vom Chorionepithel ausgehend, wuchern in die Decidua vera hinein, wühlen das Gewebe derselben auf und führen dadurch auch eine Arrosion der nächstliegenden Capillaren herbei. So entstehen die ersten Anlagen der Deciduabalken, an welchen sich die Zotten festhalten. Diese feinen Deciduabalken führen Kapillaren, welche zwischen den Zotten münden. Die sich vorschiebenden Zotten eröffnen, wie schon bemerkt, auch die Capillaren der Decidua basalis und so tritt das mütterliche Blut so frühzeitig schon zwischen die Zotten und umspült dieselben bis zur Basis des Chorion. An späteren Eiern verfolgt man das Wachsthum der Placenta und sieht namentlich an Injectionspräparaten, wie die Gefässe tragenden Deciduabalken die Anlage des Aufbaues der Placenta bilden, wie vom Chorion her die Zottenstämme nach der Basalis herunterwachsen und sich mit Haftwurzeln hier verankern und wie von den Seiten der Deciduabalken in deren ganzen Höhe Kapillaren in die intervillösen Räume einmünden. Die blutabführenden Venen befinden sich am Boden der Decidua basalis.

II. Ueber das untere Uterinsegment und die Entfaltung des Collum bei den ersten Wehen.

L. hat im Laufe der letzten 12 Jahre 11 Gefrierdurchschnitte und eine Anzahl ganz frische Uteri aus den verschiedensten Monaten der Schwangerschaft und aus dem Beginn der Geburt gesammelt und zum Studium obigen Themas verwerthet. Die Präparate stellen so gewissermassen Momentbilder dar. Bei den Frauen, bei welchen die Wehen noch nicht begonnen hatten, sieht man an den colorirten Abbildungen, dass — wie dies jüngst auch von Franqué beschrieben hat — das Collum vom äusseren bis zum inneren Muttermund geschlossen bleibt. Ueber den geschlossenen inneren Muttermund legen sich die Eihäute glatt hinweg. Waren Wehen vor dem Tode vorhanden gewesen — es handelte sich meist um Erstgebärende — so war der innere Muttermund erweitert, die obere Partie des Collum von oben her durch die Fruchtblase ausgedehnt.

Die vorzüglichen Abbildungen, welche Leopold zur Erläuterung seiner Untersuchungen herumgiebt, gehören dem eben bei Hirzel-Leipzig erschienenen Prachtwerk an, betitelt: Uterus und Kind von der ersten Woche der Schwangerschaft an bis zum Beginn der Geburt und der Aufbau der Placenta. Geburtshilflich-anatomischer Atlas, 30 Tafeln enthaltend, mit erläuterndem Text und 5 Texttafeln.

Herr Veit will seine Präparate von einem sehr jugendlichen Ei am Sciopticon zeigen.

2. Allgemeines Thema:

Placenta praevia.

Die Referate zu diesem Thema sind von den Herren Hofmeier-Würzburg und Schatz-Rostock, wie letzterer bemerkte, unabhängig von einander bearbeitet worden; die Herren bezogen sich, um die Verhandlungen nicht aufzuhalten, auf ihre bereits im Druck vorliegenden Vorträge, auf welche wir ebenfalls verweisen. Nur die Ergebnisse der Arbeiten bez. die hesen, welche Redner aufstellen, mögen im Folgenden erwähnt werden.

I. Hofmeier bezeichnet als Placenta praevia denjenigen Zustand, bei welchem sich — auch bei geschlossenem Muttermund — oberhalb desselben in mehr oder weniger grosser Ausdehnung Placentargewebe findet. Je nach der Grösse dieses überliegenden Lappens handelt es sich um Plac. praev. partialis oder totalis s. centralis.

II. Placenta praevia kann sich 1. dann ausbilden, wenn nach Umhüllung des Ovulum durch die Reflexa durch das weitere Wachstum des Eies die Decidua gespalten wird und dieser Spaltungsvorgang sich bis zum inneren Muttermund und in seine unmittelbare Umgebung erstreckt, oder wenn bei Bildung einer Placenta marginata gleichfalls unter Spaltung der Decidua der innere Muttermund von den Zotten umwachsen wird.

2. Placenta praevia kann sich dann ausbilden, wenn nach Ausbildung einer Reflexa-Placenta diese sich über den inneren Muttermund herüberlegt.

3. Ob Placenta praevia sich auch durch direkte Implantation des Ovulum über dem inneren Muttermund entwickeln kann, muss fraglich erscheinen, da die anatomischen und entwickelungsgeschichtlichen Verhältnisse, soweit sie bekannt sind, gegen diese Möglichkeit sprechen.

III. Das Hauptsymptom ist die durch Trennungen in der abschliessenden Deciduaschicht aus dem intervillösen Raum oder durch Ablösungen eines Placentarlappens aus den geöffneten Deciduagefässen entstehende Blutung. Dieselbe ist unabhängig von der Grösse des vorliegenden Lappens.

IV. Die Diagnose beruht in erster Linie auf der Blutung (unter Ausschluss etwaiger anderer Ursachen derselben) und auf dem Nachweis von Placentargewebe bei eröffnetem Cervix. Die Andauer der Blutung nach dem Blasensprung spricht für Ablösung der normal oder wenigstens im oberen Theil des Uterus sitzenden Placenta.

V. Die Behandlung der Blutungen durch Tamponade ist nur zulässig nach sorgfältigster Desinfektion der Scheide mit aseptischem oder sterilisirtem Material 1) bei Blutungen während der Schwangerschaft oder 2) bei Blutungen im Beginn der Geburt, um eventuell Zeit zu gewinnen, die Kräfte der Kreissenden zu heben und ferner 3) wenn man die Kreissende dauernd unter Kontrolle behalten kann.

VI. Sind ausgesprochene Geburtsvorgänge vorhanden, so ist für die allgemeine Praxis die weitaus beste Therapie das Sprengen der Blase, in

den einfacheren Fällen ohne, in den schwierigeren mit Herabschlagen des Fusses nach ausgeführter kombinirter Wendung.

VII. Der weitere Verlauf der Geburt ist den Naturkräften möglichst zu überlassen, ohne zu weitgehende Rücksichtnahme auf das Leben des Kindes. Eventuell ist die Erweiterung der mütterlichen Weichtheile durch die intrauterine Kolpeuryse zur Erleichterung der Extraktion mit heranzuziehen.

VIII. Während der ganzen geburtshilflichen Eingriffe ist die Hebung des allgemeinen Kräftezustandes durch die bekannten Mittel anzustreben.

IX. Die Nachgeburtsperiode ist möglichst vorsichtig und zuwartend zu behandeln.

Herr Schatz bezieht sich auf seine im 27. Band des Archivs veröffentlichte Arbeit über die eineiigen Zwillinge, wo die Lehre von der Bildung der Placenta praevia in nuce schon enthalten ist. Seitdem hat er seine Untersuchungen fortgesetzt, konnte sich aber trotz aller Objectivität und trotzdem er die Befunde Hofmeier's und gleichsinniger Forscher für zweifellos ansieht, nicht davon überzeugen, dass die von diesen Autoren dargestellte Bildung der Placenta praevia aus der Randreflexaplacenta die gewöhnliche oder auch nur die häufige ist. Er ist der Ueberzeugung, dass auch heute trotz eingehendster Diskussion über die Entstehung der Plac. praevia eine volle Einigung nicht zu Stande kommen wird. Die Arbeiten der letzten Jahre sind aber doch darin einig, dass die Chorionzotten nicht durch die Reflexa und das Uteruslumen in die Vera hinüber- bezw. hineinwachsen.

Schatz nimmt nach seinen Untersuchungsergebnissen 6 Formen der Entstehung der Placenta praevia an:

1. Eine normal hoch oder mässig tiefer auf der vorderen oder hinteren Uteruswand sitzende Eikapsel resp. Placenta von gewöhnlicher Form reicht in Folge primärer Hypertrophie der entsprechenden Schleimhautstelle bis in die Durchtrittszone des Uteruskörpers herab (Placenta praevia marginalis).

2. Eine Eikapsel resp. Placenta inserirt sich unter gleicher Bedingung primär im unteren Winkel der vorderen oder hinteren Uterusschleimhaut (Uteruseckenplacenta) und liegt damit schon theilweise in der Durchtrittszone des Uteruskörpers. Sie kann dann aber auch noch

a) als Placenta marginata ihre Margozotten in der Decidua vera bis an oder gar um das Os int. herum bis auf die gegenüberliegende Uteruswand schicken, so dass der Margo das Os int. um- oder ganz einschliesst (Placenta praevia marginalis event. lateralis), oder

b) auch als non marginata bis zum Os int. und vielleicht auf beiden Seiten noch darüber hinausreichen (Placenta marginalis).

3. Die Placenta entwickelt sich bei Insertion des Eies in einer Uterushohlkannte als Uteruskantenplacenta hufeisenförmig oder entsprechend getheilt von vornherein auf beiden Uteruswänden gleich oder nahezu gleich und kommt dabei schon in Folge ihrer grossen Ausbreitung bis in die Durchtrittszone des Uteruskörpers.

4. Solche Uteruskantenplacenta rückt nach dem Os int. hin und umgiebt dies in mehr weniger weitem Bogen. Die Hufeisenform kann sich durch Margobildung sogar zur Placenta zonalis und bei entsprechender Engheit der Zone zur Placenta praevia centralis vervollständigen.

5. Jede tiefsitzende, aber an sich nicht in die Durchtrittszone des Uterus reichende Eikapsel resp. Placenta kann durch Margobildung in die Durchschnittszone hinein sekundär zur Placenta praevia (marginalis) werden.

6. Jede tiefsitzende Eikapsel resp. Placenta kann durch Bildung einer Randreflexaplacenta nach der Seite des Os int. hin Placenta praevia spuria werden, und eine Placenta praevia vera kann sich in der Form der spuria vervollständigen.

Redner stimmt der Ansicht zu, dass Endometritis häufig die Ursache für die Entstehung der Placenta praevia ist. Keineswegs schwemmt jedoch das Uterussecret das Ei nach dem Os internum zu. Ausser manchen noch nicht sicher bewiesenen Formen der Endometritis kann auch eine relative

Atrophie des Endometriums, abnorme Bildung des Uterus selbst, Ursache der Placenta praevia sein. Ueber Diagnose, Prognose und Therapie gehen die Ansichten weniger weit auseinander. Betreffs ersterer erwähnt Schatz, dass die im allgemeinen typischen Blutungen in der Schwangerschaft und Geburt auch täuschen können. Zerreissen von Deciduavenen ohne Placenta praevia können sehr starke Blutungen hervorrufen.

Zur Therapie empfiehlt Schatz die prophylaktische Ausschabung des Endometriums. Liesse sich die Bildung der Placenta praevia in den ersten Monaten bei bestehenden starken Blutungen sicher nachweisen, so würde die Unterbrechung der Schwangerschaft und die nachherige Ausschabung angezeigt sein. Die Tamponade vor Ausführung der Wendung nach Braxton Hicks zur möglichsten Erweiterung des Collum ist nicht so zu verachten, wie es von mancher Seite geschieht. Er empfiehlt dieselbe zuerst zu machen, dann die combinirte Wendung, giebt aber zu, dass die intrauterine Kolpeuryse mit dauerndem mässigen Zug nach Dührssen bei geschickter Ausführung ebenfalls eine gute Behandlungsmethode zu nennen ist.

Herr Bayer-Strassburg: Cervixfrage und Placenta praevia.

Die Lehre von der Cervixfrage steht mit derjenigen von der Placenta praevia in innigem Zusammenhang, wesswegen Vortr. die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf seine demnächst im Archiv erscheinende Arbeit lenken und bei Gelegenheit der heutigen Diskussion deren Ergebnisse kurz mittheilen möchte. Er theilt, wie bekannt, weder Schröder's noch Bandl's Standpunkt und sieht den Beweis der Entfaltung des Cervix in dessen Schwangerschaftshypertrophhie und darum bedeutenderen Länge. Die Hypertrophie hat er durch genaue bis zur Gegenwart fortgesetzte Messungen der Muskelfasern festgestellt. Er demonstrirt Tafeln, welche die Hypertrophie und Verlängerung des Cervix, der Scheide. der hinteren Blasenwand und auch der Tuben beweisen. B. unterscheidet normale und abnorme Fälle:

1. Die normale Entfaltung des Cervix in der Schwangerschaft und damit die Bildung eines unteren Uterinsegments aus dem obersten Cervixtheil. Dieses untere Segment ist contractionsunfähig, es wird in der Wehe passiv gespannt und übt einen erweiternden Zug auf den Cervix. Die Schleimhaut des entfalteten Cervixabschnittes wird zur Decidua cervicalis.

2. Die mangelhafte Entfaltung des Cervix. Hier fehlt das typische untere Segment, die contractionsfähige Corpuswand reicht bis zur Eispitze herab, es entsteht eine „physiologische Strictur" in der Wehe, die mit Krampfwehen nichts zu thun hat. Aus dieser bildet sich bei Krampfwehen und Tetanus uteri die „spastische Strictur". Anatomisch findet man in solchen Fällen keine oder nur geringe Hypertrophie.

3. Die ungleichmässige Entfaltung des Cervix. Hier ist nur die eine Seite des Cervix entfaltet. Der untere Pol des Brutraumes findet sich auf der einen Seite im ursprünglichen Cervixgewebe, auf der anderen von contractionsfähiger Corpuswandung umschlossen. Der Contractionsring verläuft schräg über die Eispitze. Anatomisch muss auf der Seite der Striktur die Hypertrophie im Cervix fehlen, auf der andern muss sie vorhanden sein. Redner verweist hier auf klinische Beobachtungen, welche in seiner „Morphologie der Gebärmutter" beschrieben sind.

Die Placenta praevia ist, wie er schon in München nachwies, eine der Ursachen für die mangelhafte oder ungleichmässige Entfaltung des Cervix, weil sie oft adhärirt und dann die Erweiterung des inneren Muttermundes verhindern kann und weil die Placentarstelle dehnbarer als die übrigen Wandabschnitte ist. Ringförmige oder partielle Stricturen sind im Beginn der Geburt die Folge. Auch hier hat B. den anatomischen Nachweis an Fasermessungen geführt und referirt 3 einschlägige Fälle. Schon in München hat er, wie heute Herr Hofmeier, den sogenannten Tiefsitz der Placenta aus dem Rahmen der Placenta praevia gestrichen. Reiner Tiefsitz ist nur möglich, wenn sich kein unteres Uterinsegment bildet, d. h. bei mangelhafter Entfaltung, dabei findet sich im Beginn der Geburt eine Striktur. Gegen Hofmeier's Unterscheidung der Placenta praevia partialis und totalis bemerkt er, dass diese Placenta praevia partialis nicht identisch

mit den bisherigen Anschauungen ist. Jede wirkliche Placenta praevia ist zu irgend einer Zeit central und kann unter Ablösung eines Lappens schon während der Schwangerschaft oder unter der Geburt in eine P. p. lateralis übergehen, es kann aber auch eine partialis im Hofmeier'schen Sinne unter der Geburt die Erscheinungen der centralis darbieten, wenn sich der kleine Lappen nicht abgelöst hat. Wenn nach Hofmeier das excentrische Wachsthum der Placenta im 2.—3. Monat aufhört, so müsste in so früher Zeit auch jede Marginata in ihrer Gestalt, wenn auch nicht in ihrer Grösse vollkommen ausgebildet sein. Das Wahrscheinlichere ist, dass die Placenta auch späterhin excentrisch wächst oder dass die Marginata nicht immer excentrischem Placentar-Wachsthum ihre Entstehung verdankt.

Weiterhin geht B. auf die Aetiologie der Blutungen ein und frägt: Blutet es, weil der innere Muttermund sich erweitert und die Placenta einreisst oder sich ablöst? oder blutet es, weil die Placenta im unteren Uterinsegment inserirt und durch dessen Dehnung Verschiebungen auf ihrer Unterlage erfährt? Nach seiner Meinung ist der Placentarsitz in einem typischen unteren Segment eine physiologische Unmöglichkeit, wenigstens für die günstig endenden Fälle, weitere Beobachtungen lassen aber an der Möglichkeit einer Cervixplacenta nicht mehr zweifeln.

Bei der Eintheilung der Placenta praevia unterscheidet er Fälle mit Schwangerschaftsblutungen und solche ohne dieselben, begründet diese Eintheilung und hält die Fälle ohne Blutungen in der Schwangerschaft für gefährlicher. Zum Beweis dessen hat er die vor kurzem von Doranth aus der Klinik von Chrobak publicirten Fälle tabellarisch zusammengestellt, da ihm eigene zahlreiche Erfahrungen fehlten. Von den 230 Beobachtungen konnte er 130 verwerthen und fand:

1. Blutungen in der Schwangerschaft: (90 Fälle.)

	Mortalität der Mütter	Mortalität der Kinder
lateralis (52 Fälle) . .	3 = 5,7 pCt.	27 = 30 pCt.
centralis (38 „) . .	0 = 0 „	30 = 78 „

2. Keine Blutungen in der Schwangerschaft (40 Fälle).

	Mortalität der Mütter	Mortalität der Kinder
lateralis (28 Fälle) . .	3 = 10 pCt.	13 = 46 pCt.
centralis (12 „) . .	4 = 33 „	11 = 91 „

Redner geht im weiteren auf diese Beobachtungen ein und bemerkt schliesslich noch zum Referat von Schatz, dass er selbst die Begriffe Tubeneckenplacenta und Marginata als identische gebraucht habe, indem er auf seine hierhergehörigen Veröffentlichungen verweist. Seine frühere Annahme, dass die Marginata stets auf einer der drei Oeffnungen des Uterus inserire, hat er seit Palm's Arbeit zurückgenommen. Die von ihm früher hervorgehobene klinische Bedeutung der Marginata und diejenige über die vollkommene Analogie zwischen den Verhältnissen der Placenta praevia und der Tubeneckenplacenta findet heute allmählich Eingang. Für seine Auffassung der Marginata ist natürlich der Nachweis der Tubeneckenentfaltung die Bedingung. Auf letztere weist Redner in seinen Schlussworten hin.

(Nach dem Selbstbericht des Autors referirt.)

Herr Peters-Wien demonstrirt mikroskopische Präparate („pathologische Coelomepitheleinstülpungen bei menschlichen Embryonen".

Das vorgelegte Ei ist kaum 8 Tage alt und demjenigen Leopold's gleich. Die Präparate lehren, dass die alte Ansicht der Einbettung des Eies verlassen werden muss. Das Syncytium bildet sich nicht aus mütterlichem Epithel. (Die Präparate werden im Sciopticon noch besonders gezeigt.)

Herr Ahlfeld-Marburg legt seine Anschauungen, weil etwas ausführlicher, der Versammlung gedruckt vor. Unter Hinweis auf den Originalbericht heben wir an dieser Stelle nur folgendes hervor. A. hält die Unter-

suchungen über die Placenta praevia noch nicht für so vorgeschritten, dass die heutige Diskussion sowohl deren Definition als auch deren Entstehung genügend klären könnte. Die normalen Vorgänge der Niederlassung des Eies in der Gebärmutter und des peripheren Wachsthums der Placenten sind noch so zweifelhaft und hypothetisch, dass die Diskussion im besten Falle dazu führen dürfte, einige der Hypothesen besser zu begründen, andere fallen zu lassen.

Wie beim Thier, so giebt es auch im menschlichen Uterus eine präformirte Stelle der Eieinnistung: unterhalb der Verbindungslinie der beiden Tubenostien.

Es kommt aber häufig zu Abweichungen: das Ei lässt sich auch unterhalb der typischen Stelle, gegen den Muttermund hin, nieder. Schleimhautveränderungen und deren Secretion sind die Ursache Die Stelle, wo sich die Placenta bildet, sowie die Lokalisirung der Nabelschnurinsertion hängt von dem mehr oder weniger günstigen Nährboden einerseits, von Störungen durch Nachbargebilde der Allantois andererseits ab.

Die Frage, ob ein an typischer Stelle inserirtes Ei im weiteren Wachsthum zu einer Plac. praevia werden kann, ist nicht nur unentschieden, sondern sogar unwahrscheinlich, auch nicht mit Hilfe der Erklärung einer sogenannten Reflexaplacenta oder einer abnorm umfangreichen Plac. circumvallata. Für die Fälle, wo im Laufe des dritten, vierten, wohl auch noch fünften Monats der Schw. persistirendes, Bluträume enthaltendes Zottengewebe unter der Reflexa sich befindet (Reflexaplacenta), ist die Obliteration dieses Gewebes in den folgenden Monaten anzunehmen. Dagegen liegen die Beweise einer primären tiefen Niederlassung des Eies vor (Fall Hunter und Ahlfeld) und ist davon die Bildung der Plac. praevia abhängig. Inserirt das Ei nahe dem Rande des inneren Muttermundes, so stimmt A. mit Hofmeier und Kaltenbach darin überein, dass beim Weiterwachsthum dieses Eies ein Theil der Reflexa den inneren Muttermund überdachen muss, dieser Reflexalappen kann sich aber niemals mit der Vera, die den Muttermund umgiebt, zu einer wirklichen Placenta verbinden, diese Reflexaplacenta verdient mit Recht den Namen Plac. praev. spuria. Die Blutungen entstammen hier einzig dem unteren Lappen der wahren Placenta. Dann wirft Ahlfeld die Frage auf, ob überhaupt eine wirkliche Plac. praevia centralis vorkommt, bei der rings um den inneren Muttermund die Zotten des Eies in die Vera eingewachsen sind. Neuere Untersuchungen haben ihn in diesem Glauben wankend gemacht, jedenfalls ist dieses Vorkommen selten; es kommt dabei die directe Ueberwachsung und die hufeisenförmige Umwachsung des inneren Muttermundes in Frage. Diese Vorgänge sind aber andere als am Tubenostium, wo die Zotten in der Tubenschleimhaut einen Boden für ihr Wachsthum finden, während dies an der Cervixschleimhaut nicht der Fall ist. Die nicht bestrittene grosse Ausdehnung mancher Placenten ist von Niemandem genügend erklärt, Gesetze für das Wachsthum der Plac. sind noch nicht bekannt. Die Wichtigkeit der Veränderungen am vorliegenden Lappen durch die Wehenthätigkeit ist von Schatz mit Recht hervorgehoben worden. Ahlfeld demonstrirt ein Situspräparat eines durch die Geburtsvorgänge ausgezogenen Placentarrandes. Weitere Demonstrationen illustriren die Anschauungen Ahlfelds.

Herr Küstner-Breslau bespricht seine bekannten Ansichten über das obere Cervixsegment, erinnert daran, dass noch Niemand einen Contractionsring am hochschwangeren Uterus gesehen hat und behauptet, dass die Cervixschleimhaut deciduale Funktionen übernehmen kann, indem er eine weitere, derjenigen von v. Weiss jüngst veröffentlichten gleiche Beobachtung eines im unteren Cervixabschnitt adhärenten Eies mittheilt. Zur Therapie tritt er warm für die Hytereuryse ein, dieselbe ist nicht schwer und überall ausführbar. Der Hystereurynter, der mit nicht mehr als 500 ccm Flüssigkeit gefüllt werden darf, soll nicht mechanisch, sondern physiologisch wirken, deshalb darf auch der Zug an der Blase nicht mehr als einem Gewicht von 500 g entsprechen. Bei einem Material von 66 Fällen von Plac. praevia hat er 16 Mal in der Klinik, 6 Mal in der Poliklinik die Blase verwendet. Von 17 lebenden Kindern wurden 11 lebend geboren. Mit Hofmeier stimmt er darin überein, dass das Leben der Mutter über dem des Kindes steht, doch

zieht er die Hystereuryse der Wendung vor. Erstere ist von der Wehenthätigkeit unabhängig, kann jeder Zeit angewendet werden und erspart die Tamponade der Scheide; sie ist die beste Methode zur Einleitung der Frühgeburt und bei Placenta praevia.

Herr Gottschalk (Berlin). In der Begründung der von ihm als primär bezeichneten Bildungsgeschichte der Placenta praevia giebt Herr Hofmeier eine Schilderung des ausserordentlichen Flächenwachsthums des Placentarbodens durch Spaltungsvorgänge innerhalb der Decidua vera, welche sich vollkommen deckt mit entsprechenden Darlegungen, die G. vor ca. 7 Jahren im 40. Band des Archivs für Gynäkologie gebracht hat. G. hat damals zuerst gezeigt, dass dieser Spaltungsvorgang selbst die Zeit überdauere, wo die Reflexa mit der Vera innig verschmilzt, und erst mit der Vollendung des decidualen Grenzwalles beendet sei. Herr Hofmeier führe jetzt genau so wie damals G. die Entstehung der Placenta marginalis und circumvallata auf Hemmungsvorgänge bei dieser physiologischen Spaltbildung zurück und gebe damit stillschweigend die Berechtigung von G.'s damaliger Kritik gegen entgegengesetzte Anschauungen, welche damals in Hofmeier's Monographie: „Die menschliche Placenta" niedergelegt waren, zu. Ebenso hat G. die Bedeutung dieses placentaren Flächenwachsthums durch Spaltung für die Entstehung der Placenta praevia sowohl in dieser Arbeit wie auch im Jahre 1892 auf dem internationalen Gynäkologenkongress zu Brüssel in einem Vortrag hinlänglich gewürdigt. Damals stellte G. den Satz auf, dass, von den seltenen Fällen abgesehen, in denen die Placenta praevia aus einer direkten Implantation des Eies über bezw. neben dem inneren Muttermund sich herleite, jede Placenta praevia erst in Folge dieses placentaren Flächenwachsthums sich bilde und demgemäss um so leichter, je tiefer die Einbettung erfolgt sei. Aber auch bei höherem Sitz könne eine Placenta praevia lateralis resultiren, wenn sich das Flächenwachsthum wesentlich in der Richtung nach abwärts gegen den inneren Muttermund hin erstrecke. Zum Beweis legt G. ein neues Präparat vor. Umgekehrt könne auch bei tiefer Implantation sich das Flächenwachsthum nach dem Fundus hin bekunden, wenn die untere Vera-Grenze am inneren Muttermund der Spaltung erfolgreich Widerstand leiste. Würde aber diese untere Grenzschicht auch gespalten, und damit von den sich flächenhaft ausbreitenden Placentarzotten durchbrochen, so könnten drei Möglichkeiten eintreten:

1) Die Zotten könnten frei in den Muttermund hineinragen: hieraus erklärten sich die Neigung zu Blutungen und zum Abort in den ersten Schwangerschaftsmonaten, auch könnten sekundär einmal die Zotten noch in der Cervixschleimhaut Fuss fassen und dadurch eine sogenannte Placenta praevia cervicalis entstehen (cf. Fall von Weiss — analoger Fall von G. beobachtet).

2) Wenn die Reflexa der Uteruswand anliege, so könne die Randreflexa den inneren Muttermund überdachen und somit den die untere Veragrenze durchwuchernden Zotten als Placentarboden dienen. Die alsdann an der Randreflexa haftenden Zotten sind aber herübergewucherte Zotten des Chorion frondosum, nicht des laeve. G. hat hier früher die Möglichkeit offen gelassen, dass nach Durchbohrung der Randreflexa die Zotten auch einmal in die Decidua vera der anderen Seite eindringen können.

3) Die Vera liegt am inneren Muttermund ringsum so innig an einander, dass sie gleichsam einen geschlossenen Sack bildet, keine Lücke bleibt und der innere Muttermund von Vera überdacht ist Durchbrechen nun die Zotten die untere Veragrenze der einen Seite, so können sie ohne Weiteres in die gegenüberliegende Vera eindringen.

Die hier sub 3) ausgesprochene Theorie entspricht der jüngst von v. Herff in seiner Arbeit aufgestellten.

Auch der Kombination der Placenta praevia habe G. schon damals gedacht. Gegenüber der Theorie der Herrn Hofmeier von sekundärer Ueberlagerung des inneren Muttermundes durch eine Reflexaplacenta hat G. schon damals geltend gemacht, dass die Randreflexa in den ersten Schwangerschaftsmonaten keinen konstanten Theil der Reflexa bilde, sondern erst konstant wurde in dem Zeitpunkt, wo Reflexa und Vera verschmelzen; also frühestens in der ersten Hälfte des dritten Monats. Zu dieser Zeit seien eben die Zotten

des Chorion laeve längst in der Rückbildung begriffen. Die Differenzirung vollziehe sich im Gegensatz zu den Angaben Hofmeier's viel früher, als die endgültige Abgrenzung des Placentarbodens gegen die übrigen Eihäute erfolge.

Wenn also eine Placenta praevia durch secundäre Ueberlagerung von Reflexaplacenta über den inneren Muttermund vorkommen kann, so dürften, von seltenen Ausnahmefällen abgesehen, die Zotten, welche an dieser Randreflexa haften, immer nur die herübergewucherten Placentarzotten sein und nicht weiter ernährte Zotten des Chorion laeve. Ein sicherer Beweis für die Richtigkeit der ursprünglich Hofmeier-Kaltenbach'schen Theorie würde erst durch einen Befund erbracht sein, welcher den vorliegenden Placentarlappen von der eigentlichen Placenta durch eine Zone zottenfreier Eihäute getrennt zeigte. Das sei bis heute nicht gesehen worden.

Gegen Hofmeier muss G. doch die Ansicht aufrecht halten, dass auch eine primäre Insertion des Eies an oder über dem durch Zuschwellung verlegten inneren Muttermund stattfinden kann. Gegen die von Hofmeier hiergegen geltend gemachten zwei Gründe führt G. an:

a) Ein Präparat aus der 5. Schwangerschaftswoche, welches den Deciduasack am inneren Muttermund durch Verklebung geschlossen zeige.

b) Gegenüber dem zweiten Punkt, dass nämlich die Decidua in dem unteren Gebärmutterabschnitt im Beginn der Schwangerschaft am dürftigsten angelegt sei, macht G. aufmerksam und beweist dies an einer naturgetreuen Abbildung eines Uterus aus den ersten Schwangerschaftswochen, dass die deciduale Umwandlung der Schleimhaut erst von dem eingebetteten, wachsenden Ei angeregt werde und von dessen Implantationsstelle als Mittelpunkt peripherwärts fortschreite.

Bei tiefer Insertion würde danach gerade hier am inneren Muttermund zuerst und am reichlichsten die Decidua zur Entwicklung kommen und erst zuletzt und am dürftigsten am Fundus. Als einen neuen Beleg für das Vorkommen einer Placenta praevia totalis anatomica zeigt G. ein 4—5wöchentliches Abortiv-Ei, auf der intacten Decidua sitzend. Hier findet sich gerade an der schmalbasigen Insertion des etwa kirschgrossen Eies auf der Rückseite der Decidua ein deutlicher Abklatsch des inneren Muttermundes. Das Ei ist noch nicht vollkommen von Randreflexa überdacht, offenbar, weil entsprechend der Lücke des inneren Muttermundes es an Material zur Abkapselung gefehlt hat. Der frische Fötus inserirt mit seiner Nabelschnur genau am Rande des inneren Muttermundes. (Selbstbericht.)

Herr C. Ruge drückt seine Freude aus über die schönen von Leopold vorgelegten Abbildungen. Ihre nähere Prüfung werde wohl über das Verhalten des Deciduaepithels zur Eianheftung und zum Syncytium Aufschluss geben. Vor dem Andrängen der Chorionzotten gehe dasselbe zu Grunde und trete nicht in Beziehung zu dem Epithelüberzug der letzteren. Die Annahme eines besonderen intervillösen Kreislaufs sei nicht nöthig. Ein häufiger Befund an frühzeitigen Eiern seien regellose Blutungen im Deciduagewebe, herrührend von Arrosion mütterlicher Gefässe durch Chorionzotten. Leopolds Darstellung von die Placenta durchwachsenden Deciduabalken könne er deshalb nicht anerkennen, da, wie es scheint, die Untersuchungen an ausgestossenen Placenten statt an solchen, welche noch an der Uteruswand festhaften, angestellt seien. Er möchte hierzu einstweilen auf eine demnächst erscheinende eigene Arbeit verweisen, welche andere Anschauungen bringen und zeigen wird, dass besonders an der Serotina ein colossales Wachsthum stattfindet. Betreffs des unteren Uterinsegments theile er den Standpunkt Leopold's und könne Bayer's und Küstner's Auffassung nicht beipflichten. Das Vorkommen einer cervicalen Decidua sei unerwiesen.

In der bisherigen Discussion vermisste er eine Erörterung der Frage, wieso das Ei überhaupt so tief herabgleiten könne. Nach Kossmann soll es durch einen Klebestoff meist oben näher dem Fundus erhalten werden: es würde also herabrutschen, wenn dieser fehle. Das Wachsthum der Placenta sei offenbar zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Stellen ein sehr wechselndes. Besonders bedeutsam sei das mächtige Wachsthum der Serotina, welche ja von Haus aus eine grosse Fläche einnehme. Zur Erklärung des Placentarwachsthums bedürfe es nicht der Annahme einer

Spaltung der Decidua. Die seitlich wachsende Placenta könne den Rand der Vera ebenso dehnen, wie es ein von Schleimhaut überkleideter Polyp mit dieser thue. Das Abschleifen der Drüsen in der obersten Schicht der Serotina neben sonstiger Hyperplasie derselben habe ihre Analogie in vielfachen pathologischen Vorgängen.

Herr v. Franqué (Würzburg): Demonstration zum unteren Uterinsegment.

v. F. demonstrirt den in Formalin gehärteten Uterus einer 5 Stunden post partum an Eklampsie (nicht an Verblutung!) verstorbenen Ipara, welcher die Placenta noch enthält, An der Vorderwand befindet sich über der 4,5 cm langen Cervix und dem mikroskopisch festgelegten Orif. int. ein 5—6 cm langes unteres Uterinsegment, nach oben abgegrenzt durch die feste Anheftung des Peritoneum und einen ausgesprochenen Kontraktionsring, welcher sogar auf der Unterfläche der zum Teil gelösten Placenta eine ziemlich tiefe Furche hervorgebracht hat. Auch hinten findet sich eine Andeutung des unteren Uterinsegments. Weiterhin wird an dem Präparate die weitgehende Unabhängigkeit der Blase vom Uterus (6 cm tiefe Bauchfelltasche zwischen beiden Organen, Umschlagfalte 1,5 cm unterhalb des Orific. int.) demonstrirt, welche Redner für die Regel hält.

Herr v. Franqué (Würzburg): Ueber histologische Veränderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum Tode der Frucht.

Im Anschluss an früher (Zeitschrift Bd. 28) veröffentlichte Beobachtungen wird berichtet über nun im Ganzen 65 Untersuchungen pathologischer Placenten: es hat sich dabei in Uebereinstimmung mit dem von Merttens vertretenen Anschauungen ergeben, dass partielle und totale Obliterationen der fötalen Gefässe nach dem Absterben der Frucht, einerlei aus welchem Grunde dasselbe erfolgte, sich in der Regel einstellen; mitunter gesellen sich auch Vorgänge aktiver Zellproliferation im Chorion und Amnion hinzu, so dass das histologische Bild einer Choriitis und Amnionitis entsteht. Ganz die gleichen Vorgänge an den Gefässen und im Stroma konnten jedoch auch an Placenten von Früchten nachgewiesen werden, welche ganz kurz oder erst während der Geburt abstarben, so dass die Veränderungen intra vitam foetus entstanden sein mussten. Die Bilder starker, zur Verengerung und Verschliessung der Gefässe führender Endovasculitis, so wie der Choriitis und Amnionitis, fanden sich jedoch auch bei Früchten, welche lebend geboren wurden, aber schlecht entwickelt waren und bald darauf starben. Ob daher histologische Veränderungen der Placenta Ursache oder Folge des Absterbens der Frucht sind, ist im Einzelfalle meist nur dann zu entscheiden, wenn der klinische Verlauf und der Obduktionsbefund des Kindes genau bekannt ist.

Bezüglich der luetischen Infektion ergab sich 1) dass dieselbe auch bei der Aetiologie der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta zu nennen ist. 2) dass in sonst normalen Placenten Lues zum Ausdruck kommen kann einerseits durch Choriitis und Amnionitis, andererseits durch isolirte Endo- und Perivasculitis der Zotten ohne Granularhypertrophie (beides bei lebend geborenen Kindern).

Entzündliche Veränderungen können von der Placenta materna auf den intervillösen Raum (ein Fall von spontaner Frühgeburt eines lebenden Kindes nach habituellem Abortus) und auf die Placenta foetalis übergehen.

Bei lebend geborenen Kindern macht sich die Placentarerkrankung in der schlechten Entwicklung und Ernährung der Kinder geltend.

(Selbstbericht.)

Herr Baumm möchte zur Therapie der Plac. praevia an die von ihm erzielten guten Erfolge der äusseren Wendung auf den Steiss erinnern. Dieselbe gelingt meist leicht und lässt die Umwandlung der Steiss- in Fusslage ebenfalls leicht zu.

Herr v. Herff-Halle zeigt im Anschluss an die Erörterungen über die Natur des unteren Uterinsegmentes, deren characteristische Merkmale er ausschliesslich als rein mechanische Folgen der Uterusthätigkeit ansieht, ein Präparat, an welchem er die Lage des Contractionsphänomens bei der Lebenden gelegentlich einer Porro-Operation bei Uterusruptur durch einen

durchgeführten Seidenfaden markirt hat. Die Stelle befindet sich etwa 1,8 cm oberhalb des inneren Muttermundes, der mikroskopisch als solcher bestimmt wurde. Es fällt also das Contractionsphänomen nicht immer mit dem inneren Muttermund zusammen.

Herr Leopold antwortet Herrn Ruge betreffs des Syncytium, beschreibt noch einmal die Sprossenbildung in jüngsten Eiern und die Abstammung des Syncytiums vom fötalen Gewebe. Mit dem Uterusepithel hat dasselbe nichts zu thun. L. hat die Placenten immer in situ untersucht. Die Injectionspräparate wurden an der geborenen Placenta ebenso angefertigt, wie am uneröffneten Uterus.

Herr Hofmeier (Schlusswort) verweist noch einmal auf sein Referat. Die Spaltung der Decidua durch Eröffnung der Drüsenräume und Gefässe ist nachgewiesen und bleibt zu Recht bestehen. An Präparaten ist die Frage des Placentarwachsthums nicht zu beantworten, das Studium ist auf Entwickelungszustände angewiesen. Blutungen brauchen nicht aus dem gelösten Lappen zu kommen, die Placenta kann darüber hinaus abgetrennt sein. Ahlfeld's Zeichnungen sind nicht beweisend gegen Hofmeier's Deutung des Reflexalappens. Mit Bayer stimmt er überein, dass die Gefahr für die Mutter grösser sei, wenn Blutungen erst bei der Geburt eintreten. Bei der Hystereuryse, die er selbst noch nicht angewendet hat, fürchtet er die Infectionsgefahr.

Herr Schatz (Schlusswort) findet durch die heutige Diskussion seine Vorhersage bestätigt. Ist auch keine Einigung zustande gekommen, so steht sie doch zu erwarten, nachdem die Basis für weitere Arbeiten gegeben ist. Betreffs der Nomenklatur ist aber eine Einigung möglich, weswegen er bittet, die Bezeichnungen der Pl. reflexa, der marginata, circummarginata und -vallata so anzunehmen, wie er sie in seinem Referat aufgestellt hat.

Vorträge und Diskussion über das Syncytium und maligne Deciduom.

Herr Neumann-Wien: Ueber Blasenmole und malignes Deciduom.

Der Vortrag erscheint ausführlich in diesem Hefte der Monatsschrift.

Herr L. Fränkel-Breslau: Vergleichende Untersuchungen des Uterus- und Chorionepithels.

Nachdem durch die Arbeiten von Sänger, Gottschalk, Marchand und die seinige erwiesen ist, dass die Mehrzahl der malignen Tumoren der Placentarstelle vom Epithel der Chorionzotten ausgehen — eine Minderzahl mögen sehr wohl Deciduome, Endotheliome, Syncytialcarcinome und Chorionzottensarkome gewesen sein —, bleibt nur noch die Frage offen, ob primär das sog. äussere Chorionepithel von der Mutter stammt oder nicht. Beim Menschen ist an den bisher bekannten Eiern die Frage nicht zu lösen. F. hat deswegen Untersuchungen an Thierreihen angestellt, über die an anderem Orte genauer berichtet werden soll. Diese machen es höchst unwahrscheinlich, dass das sog. äussere Chorionepithel von dem mütterlichen Uterusepithel stammt, welches vielmehr bei allen untersuchten Thieren Neigung zur Degeneration, nirgends zur Wucherung oder zum Uebergang auf den Foetus hat, bei vielen Thieren sogar völlig verschwindet, ehe das Chorionepithel sich anlegt. Der Begriff „Syncytium" für ein bestimmtes Gewebe muss ganz fallen gelassen werden, da in der Schwangerschaft die verschiedensten mütterlichen und kindlichen Gewebe die Neigung haben, Syncytien zu bilden. Das Chorionepithel wuchert vielfach in das mütterliche Bindegewebe hinein. Die oben erwähnten Tumoren sind also, wie F. angab, echte Chorionzottenepithel-Carcinome des Uterus. (Selbstbericht.)

Herr Gebhard-Berlin berichtet über 3 Fälle von sog. malignem Syncytiom, welche er an der kgl. Frauenklinik beobachtete.

Fall I hat er bereits in der geburtsh. Gesellschaft zu Berlin vorgetragen, er weist darauf hin.

Fall II betraf eine 23 j. Frau, welche 3 Frühgeburten durchgemacht hatte. Im Januar 1896 Ausräumung einer Blasenmole. Wegen

Blutung 3 Wochen nachher Probecurettement, welchem wegen Syncytioma malignum die Totalextirpation folgte. Die Uterusmuskulatur war von Chorionzotten durchwachsen. deren Epithel der Ausgang der malignen Neubildung war (Demonstration der Präparate).

Fall III wurde nicht an der Lebenden diagnosticirt. Eine 26 j. Frau wurde vor 3 Jahren normal entbunden, neue Schwangerschaft Ende August 1896, von October bis Weihnachten Blutungen, wesswegen die Kranke in die Klinik kam. Dort wurde eine kleinapfelgrosse, anscheinend nur aus altem organisirtem Blut bestehende Geschwulst der vorderen Scheidenwand exstirpirt. 14 Tage später Exitus. Die Section ergab im interstitiellen Theil der linken Tube ein apfelgrosses Syncytiom, welches Metastasen in den Lungen, im Gehirn und in der Milz gemacht hatte.

In Fall I und III hatten die Drüsenepithelien der Uterusschleimhaut stellenweise syncytialen Charakter angenommen. Vortr. will aber hieraus keinerlei Schlüsse auf die Abstammung des Syncytiums machen: er warnt auch zum Schluss vor einer allzu leichtfertigen Diagnose, zumal in Fällen, in denen die Anamnese keinen Anhalt für die choriale Abstammung der Geschwulst abgiebt. Die histologischen Bilder sind nicht so einfach, da auch wirkliche Carcinome zuweilen genau den Bau von syncytialen Geschwülsten aufweisen. (Selbstbericht.)

Herr Sänger:

Noch immer ist die Herkunft und Bedeutung des menschlichen Syncytium, ob es überhaupt epithelialen, oder mütterlichen oder foetalen Ursprungs ist, unentschieden. Dem entspricht auch die Polymorphie der mikroskopischen Befunde bei Deciduoma malignum, wovon nun nachgerade Jeder ein Specimen beobachten will. Neben Fällen von dem Fränkel-Marchand'schen Typus sind solche beschrieben worden, die sicherlich diesem nicht entsprachen, was Marchand selbst schon hervorgehoben hat.

Ueberall wo epitheliale und bindegewebige, sowie endotheliale Elemente neben einander vorkommen, müssen auch Geschwülste der einen oder anderen Matrix auftreten können.

Gerade am schwangeren Uterus in seiner Verbindung mit Ei und Placenta treffen besonders viele und specifische Gewebsarten zusammen.

Ob man nun die syncytialen Typen des Deciduoma mal. als Carcinome auffassen darf oder nicht, sei dahingestellt.

Je mehr ich aber die veröffentlichten Fälle von Deciduoma mal. prüfte und mit meinem eignen ersten Fall verglich, um so mehr drängte sich mir die Ueberzeugung auf, dass es doch auch „deciduale Sarcome" gebe, womit noch keineswegs gesagt sei, dass deren Elemente gerade aus den Zellen der Membrana decidua stammen müssten, da deciduale Umwandlung von Bindegewebszellen auch weit entfernt von der Mucosa Uteri vorkommt. Ich nähere mich damit etwas der Veit'schen Ansicht, wonach Sarcome schon vor. der Schwangerschaft bestanden haben können, nur mit stärkerer Betonung, dass diese dann auch durch den Anstoss der Schwangerschaft einen histologisch eigenartigen Charakter bekommen. Als ich meinen ersten Fall von „Sarcoma deciduo-cellulare" beschrieb, kannte ich das menschliche Syncytium noch nicht. Ich habe meine mikroskopischen Präparate — der Geschwulst-uterus selbst ist leider verloren gegangen, so dass neue Schnitte nicht angefertigt werden konnten — immer und immer wieder durchforscht und mit Präparaten vom Marchand'schen Typus verglichen, mit dem Ergebnis, dass trotz mannichfachen Aehnlichkeiten doch keine Identität bestehe. So sehr ich geneigt war, auch meinen Fall den syncytialen Geschwulstbildungen zuzuzählen, musste ich ihn doch besonders stellen. Es ist ein Sarcom, nur, wie ich Reinicke gegenüber betonen will, in absolut sicherem Zusammenhang mit Schwangerschaft und gleicht am meisten etlichen der Fälle von Pestalozza, den Fällen von Klien, H. W. Freund, allerdings auch dem von Reinicke.

Nun habe ich ganz vor Kurzem wieder einen Fall gewonnen, wo die Hauptmasse der Geschwulst fast nur aus schollenartigen Riesenzellen mit einem oder mehreren bläschenförmigen Kernen innerhalb eines dickbalkigen Reticulum besteht, während die angrenzende Schleimhaut weitgehende deciduale Umbildung darbietet. Ulesko-Stroganowa erklärt zwar derartige

Riesenzellen auch für syncytial an, doch scheint es mir — für meinen Fall, der noch weiter zu untersuchen ist — näher liegend, sie als Sarcomzellen anzusprechen.

Ich komme daher zu dem Schluss, dass das Vorkommen maligner Deciduome vom Charakter der Sarcome aufrecht erhalten werden könne.

(Selbstbericht.)

Herr Bulius-Freiburg i. B. spricht sich auf Grund von 3 selbst untersuchten Fällen dahin aus, dass die sogenannte serotinalen Geschwülste histologisch nicht gleichartig sind. Einmal giebt es sicher Tumoren, die als syncytiale zu bezeichnen sind. Sie gehen direct von dem wuchernden Syncytium der Zotten aus. Diese bilden die Grundsubstanz der Geschwulst, eine Entartung des Zottenstromas findet dabei nicht statt, die Langhans'sche Zellschicht wuchert auch, aber nur in der Umgebung der Zotten. Eine Propagation dieser Zellen in die Tiefe des umliegenden Gewebes findet nicht statt. Die Ausbreitung der Geschwulstmassen erfolgt auf dem Wege der Blutbahnen, entweder finden sich ganze Zotten oder nur Syncytiummassen, bisweilen in Zottenform, in den Gefässen. Zweitens aber dringen die syncytialen Geschwulstzellen auch direct zwischen den Muskelzellen vor, dann scheinbar aus diesen entstehend.

In einer zweiten Reihe von Fällen müssen die Geschwülste als Deciduome im Sinne Sänger's bezeichnet werden. Hier bilden deciduale Riesenzellen die Hauptmasse der Geschwulst. Ihrem Ursprung nach unterscheidet man daher am besten Carcinome und Sarkome, welche im Anschluss an eine Schwangerschaft aus diesen eigentümlichen Formelementen hervorgehen. Das erstere wären syncytiale, das letztere deciduale Geschwülste. Die Ausbreitung auf dem Wege der Blutbahnen ist nicht gegen die Bezeichnung als Carcinome zu verwerten, da durch Goldmann nachgewiesen ist, dass beim Carcinom die Geschwulstmassen auch in den Gefässen vordringen.

Zum Beweis für diese Ausführungen werden eine grosse Reihe von Abbildungen demonstrirt.

Die betreffenden Krankengeschichten bieten auch mancherlei Interessantes.

Im 1. Falle handelte es sich um eine 49jährige III para. Letzte Geburt vor 18 Jahren. Seitdem angeblich Periode stets regelmässig alle drei Wochen bis vor etwa einem Jahre. Dann häufiger und stärkerer Blutabgang, in den letzten 10 Wochen ununterbrochen, ohne dass jemals grössere Klumpen und Fetzen abgegangen seien.

Die Geschwulst bestand aus einem circumscripten Knollen, etwa der rechten Uteruskante entsprechend, längs-oval, bis 1 cm über die Innenfläche vorspringend, Die übrige Uterusschleimhaut glatt.

Der zweite Fall bietet im Verlauf keine Besonderheiten gegenüber dem von Sänger gegebenen klinischen Bilde; er stammt aus der Praxis des Herrn Prof. Sonntag.

Im 3. Falle handelt es sich um eine 43jährig. Vpara. Letzte regelmässige Periode nicht festzustellen. Seit Januar d. J. fast fortwährend blutigen Ausfluss und krampfartige Unterleibsschmerzen. — Graviditas, Fundus uteri 4 cm über dem Nabel: Carcinoma portionis vaginalis. Exstirpatio uteri totalis vaginalis.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein vom Plattenepithel ausgehendes Carcinom. Bei der histologischen Untersuchung der Placentarstelle zeigt sich hier die Muscularis uteri auf etwa ein Drittel ihrer Dicke durchsetzt mit Riesenzellen, die 4—10 rundlich bläschenförmige durchscheinende Kerne hatten. B. hält sie für deciduale. Ausserdem fanden sich ganz vereinzelt Riesenzellen mit intensiver gefärbtem Protoplasma und grossem klexigen Kern. (Selbstbericht.)

Herr Sänger. Ich freue mich, dass der eben von Herrn Bulius beschriebene Fall eine so vortreffliche Stütze meiner eignen Darlegungen abgiebt, indem die Deutung seines Falles mit der, welche ich für meinen zweiten Fall vorläufig nur kurz skizzirte, im Wesentlichen übereinstimmt. Man wird also doch wieder von „decidualen Sarcomen" reden dürfen.

Herr Gottschalk: Gegenüber den Ausführungen des Herrn Neumann äussert G. seine Bedenken dagegen, aus dem Befund von syncytial aussehenden Zellen in dem Zottenstroma bei mehr oder minder intakter

Zellschicht irgend einen Beweis oder einen Hinweis für den malignen Charakter derartiger Zotten herzuleiten. Sonst laufe man Gefahr, ohne Grund Uteri zu exstirpiren. Ueberhaupt müsse man mit der Diagnose des malignen Charakters hier sehr vorsichtig sein und denselben nicht etwa schon aus dem Befunde syncytialer Riesenzellen in präformirten Räumen der Uterusmuskulatur an der Placentarstelle beweisen wollen. Denn die Eigenartigkeit der sich hier bei der Placentarbildung abspielenden Vorgänge bringe es mit sich, dass regelrecht syncytiale Elemente bis tief in die Muskulatur hinein in präformirte Hohlräume, speciell in die Venen gelangen können. Bösartig seien sie erst mit dem Augenblick, wo sie schrankenlos die Gefässwand durchbrechen und sich stetig fortzeugend gegen das umgebende Gewebe vorwuchern. Das könne nicht nachdrücklich genug betont werden.

Was den Verlauf der heutigen Diskussion anbelangt, so könne G. mit grosser Befriedigung auf dieselbe zurückblicken; denn die von ihm begründete Lehre, wonach von Bestandtheilen der placentaren Chorionzotten, und zwar unter Betheiligung von sicherlich fötalen Elementen, äusserst bösartige Geschwülste ausgehen können, bestehe jetzt uneingeschränkt zu Recht. Es sei jetzt die Richtigkeit dessen, was er als das Wesentlichste seiner ersten Arbeit im Jahre 1892 hingestellt habe, klar erwiesen, ebenso auch die Richtigkeit dessen, was G. bezüglich der Verschiedenartigkeit des Strukturbildes derartiger placentarvillöser Tumoren je nach ihrer Abstammung, ob vom Syncytium, ob vom Syncytium und Zellschicht oder von der ganzen Zotte als einer geschlossenen Einheit gesagt habe.

Für alle diese Wucherungen den Namen Syncytioma anwenden zu wollen, sei entschieden nicht richtig. Er passe nur für die rein syncytialen Tumoren, und da müsse man noch hinzusetzen Syncytioma choriovillosum placentale. Denn der Name Syncytium sei an sich keineswegs gleichbedeutend mit dem syncytialen Ueberzug der Placentarzotten, eben so sei es keineswegs richtig, diese ganze Geschwulstgruppe den Carcinomen zuzuzählen. Hierher gehöre nur die rein syncytiale atypisch wuchernde Geschwulstart, wie sie L. Fränkel beschrieben hat, und die auch in die Lymphbahnen übergehe Aber selbst die atypisch wuchernden Tumoren, die sich aus syncytialen Elementen und solchen der Zellschicht aufbauen, könne man nicht einfach den Carcinomen zuzählen, schon deshalb nicht, weil noch keineswegs erwiesen sei, dass die Zellschicht ektodermalen Ursprungs ist. Warnt ja selbst Marchand, der an den ektodermalen Ursprung dieser Zellschicht glaubt, davor, derartige Tumoren Carcinome nennen zu wollen. Für die typisch wuchernden, immer in regulärer Zottenform auftretenden Neubildungen, die sich ausschliesslich auf dem Wege der Blutbahnen verbreiten, sei aber eine derartige Klassifikation sicherlich falsch: Denn Tumoren von so typischem Bau und von so eigenartiger Biologie könne man unmöglich den Carcinomen zuzählen, besonders wenn sie, was ja nicht mehr zu bezweifeln ist, auch von einer in toto entarteten Placentarzotte ausgegangen sein können. (Selbstbericht.)

Herr Hofmeier verwahrt sich dagegen, wenn Fränkel sagt, dass er sein Verdienst geschmälert haben soll. Er verweist auf seine Arbeit im 35. Band der Zeitschrift f. G. u. G., wo der fötale Ursprung des Syncytiums nachgewiesen wurde.

Herr Carl Ruge schliesst sich Herrn Gottschalk an, dass der Befund syncytialer Elemente im Stroma von Zotten (bei Blasenmole) für's Erste nicht als Indication für die Uterusexstirpation angesehen werden dürfte. — Der Befund Neumann's ist voll anzuerkennen, doch scheint die absolute Sicherheit, dass syncytiale Zellen im Zottenstroma gleich bedeutend mit maligner Degeneration (Syncytioma malignum, Deciduoma malignum) seien, nocht nicht erbracht. Es scheint nach R. doch nöthig, grössere Epithelwucherungen nachzuweisen, da nach ihm (soweit er bei der ganz neuen Anregung Neumann's der Anamnese der Fälle nachgehen konnte) im Stroma der Zotten grosse, den syncytialen ähnliche Elemente auch ohne bösartige Degeneration vorkommen. Jedenfalls ist der Neumann'sche Befund wichtig und höchst interessant. — In Betreff der erörterten Priorität möchte R. den L. Fraenkel'schen Fall als ersten von wirklich klar be-

wiesenem Zottenepithelcarcinom ansehen; dass Gottschalk der erste war, der maligne Zottenerkrankung gesehen hat, ist nicht zu bestreiten; leider hat derselbe aber die wirkliche Genese der Neubildung verkannt und bis heute noch nicht klargestellt, dass es sich nur um epitheliale bösartige Wucherung handelt; er hat an dem sarcomatös degenerirten Zottenstroma festgehalten und gerade das Wichtigste völlig verkannt, nämlich die epitheliale Neubildung. — Was die Umwandlung der Uterusepithelien im Syncytium anlangt, so ist schon von Mathias Duval in klarer Weise bei Katze und Hund dargethan, dass das Uterinepithel anfänglich erhalten bleibt, sich nicht in Syncytium umwandelt, später freilich verloren geht. R. glaubt nach seinen Untersuchungen sich dieser Auffassung auch für den Menschen anschliessen zu müssen. — Bei Besprechung der malignen syncytialen Geschwülste (Syncytioma malignum, Deciduoma malignum) ist es höchst wichtig, in Bezug auf Genese und Aetiologie zu wissen, dass es auch syncytiumähnliche Neubildungen giebt, sie haben keinen (ätiologischen) Zusammenhang mit einer Gravidität, stammen vom mütterlichen Gewebe des Uterus ab. Herr Gebhard hat ein höchst wichtiges Präparat vorgelegt: ein Cervixcarcinom zeigt Bilder so typisch für syncytiale (serotinale) Tumoren, dass es auch einem Geübten schwer fallen sollte — wenn nicht überhaupt unmöglich ist, die richtige Diagnose zu stellen. — C. Ruge hat früher auf sarcomatöse Neubildungen (z. B. Sarcom. polyp. portion. vagin.) aufmerksam gemacht, die an einzelnen Stellen völlig den für die serotinalen Geschwülste gekennzeichneten Bau zeigen. — Wenn auch die histologische Diagnose aus curettirten Massen gegen früher dadurch schwieriger wird, dass man nicht mehr neben der Diagnose eines malignen Tumors auch auf vorangegangene Gravidität hinweisen kann, so ist doch gerade jetzt durch Gebhard's Untersuchungen klargestellt, dass wir neben wirklichen syncytialen (chorialen, serotinalen) Tumoren Neoplasmen haben, die einen syncytialähnlichen Bau besitzen: diese letzteren können epithelialen Ursprungs (Carcinome) oder bindegewebiger Herkunft (Sarcome) sein. — C. Ruge giebt seiner Befriedigung Ausdruck, dass wir so auf den Autor wieder zurückkommen, der in Bezug auf die malignen Deciduome ein unvergängliches Verdienst hat, auf Sänger-Leipzig. (Selbstbericht.)

Herr Neumann ersucht die Versammlung um Besichtigung seiner Präparate, er hat seine Befunde constatirt in 4 Fällen von Blasenmole, wo sich die Neubildungen aus den Blasenzotten hervorgegangen zeigten. Die von ihm vorgeschlagene Totalexstirpation in solchen Fällen hält er desshalb für prophylactisch berechtigt, weil maligne Neubildungen des Uterus im Anschluss an derartige Befunde beobachtet wurden.

Herr Gottschalk: Aus den verschiedenen Diskussionen über das vorliegende Thema in Berlin und der heutigen dürfe hervorgehen, dass Herr C. Ruge sich bemühe, darzustellen, dass G. die Sache nicht erkannt habe. Das sei thatsächlich unrichtig, denn Herr Geh.-Rath Waldeyer habe seiner Zeit in der Berliner med. Gesellschaft zu Protokoll gegeben, dass G. zum 1. Male nach gehaltenem Vortrag mit der richtigen Diagnose zu ihm hingekommen sei. Ferner beweise der heute von Herrn Gebhard demonstrirte Fall (2), wie richtig G. die Sache erkannt hatte, als er von vornherein den Satz aufstellte, dass auch die ganze Zotte als eine geschlossene Einheit entarten und zur Geschwulstmatrix werden könne.

Herr v. Rosthorn: Zur Anatomie des Beckenbindegewebes. Redner geht aus von dem classischen Werk Freund's, welches er als eine Musterleistung bezeichnete. Zu seiner neuen Arbeit für Veit's Handbuch musste er auf Freund's Untersuchungen zurückgreifen bez. sie wiederholen. Letztere bleiben zu Recht bestehen, auch ist die Methode der Serienschnitte derjenigen der Injection vorzuziehen: er kann jedoch bestätigen, dass die Befunde Schlesinger's mit den seinigen übereinstimmen. Zu seinen neuen Serienschnitten hat v. R. die Formalinhärtung benützt, weil dieselbe den Unterschied der Muskeln und des Bindegewebes besonders sichert. Die Schnitte wurden mittels Säge und Messer angelegt. Dem klinischen Lehrer wird es sehr schwer, dem Schüler das Beckenbindegewebe klar zu demonstriren. Freund giebt dazu 6 Schnitte. Redner ist daran, ein Modell her-

zustellen, welches Sagittal- und Frontalschnitte verbindet und die Demonstration erleichtert.

Redner unterscheidet verschiedene Arten des Bindegewebes, vom lockeren Fettgewebe bis zum straffen fibrösen Bindegewebe, zudem ist das Beckenbindegewebe keine abgeschlossene Masse, sondern es steht mit dem übrigen Bindegewebe des Rumpfes in Zusammenhang.

Uebergehend zu den Fascien des Beckens, erläutert er dieselben nach den neueren anatomischen Anschauungen als obere und untere Beckenfascie. Die Fascia pelvis ist ein wirklicher Abschluss des Cavum pelvis nach unten; es besteht z. B. keine Communikation nach der Fossa ischio-rectalis, wenn auch die Fascie dort sehr dünn ist. Eiteransammlungen brechen daher selten nach unten durch, ebenso wenig durchdringen Injectionsmassen die Fascie. Die Fascia visceralis pelvis (endopelvina) wird von ihm im Zusammenhang dargestellt. Weiter hebt Redner die Bedeutung des Ligamentum cardinale, das Collum heranziehend, als Hauptligament des Uterus hervor. Die Basis der Ligg. lata ist kein anatomisch abgrenzbarer Begriff, es ist hier lediglich ein festes, dichtes Bindegewebe zwischen den Blättern der Ligg. lata vorhanden. Mit seinen Ausführungen demonstrirt Redner eine Reihe Schnitte und Abbildungen, welche die Vertheilung des Bindegewebes, das besonders an der hinteren Beckenwand reichlich entwickelt ist und die Wege der Entzündung des Bindegewebes illustriren.

Herr Sellheim (Freiburg). Zur Topographie der Beckeneiterungen. Vortr. betont den grossen Unterschied in Ausgangspunkt, Sitz, Ausbreitung und Einfluss auf die Umgebung bei den einzelnen Formen der Beckeneiterungen und glaubt, dass sich nur auf einer genauen topographisch-anatomischen Basis eine richtige chirurgische Therapie jener krankhaften Processe aufbauen lasse. Nur so wird man die richtige Indikation für die Wahl des einen oder anderen Operationsverfahrens zu finden vermögen. Er weist darauf hin, dass man in neuerer Zeit ältere bewährte Methoden, wie die abdominelle Exstirpation der Eitersäcke, die Eröffnung und Drainage von den Bauchdecken, der Scheide, dem Cavum ischiorectale und selbst vom Sacrum her viel zu viel ausser Acht gelassen habe, zu Gunsten der vaginalen Uterusexstirpation, bei der manche Eiterherde nicht einmal erreicht werden können und bei der man nicht selten ein vollständig gesundes Organ entfernt.

Um nun richtige anatomische Anhaltspunkte zu gewinnen, hält er das gewöhnliche Sektionsverfahren meist nicht für ausreichend und hat nach einer besonderen Vorbehandlung geeignete Becken in Serienschnitte von 1—2 cm Dicke zerlegt.

Zur genaueren Orientirung über die Lage der Eiterherde wird empfohlen, vom knöchernen Becken auszugehen, da nur dieses genügend feste, unverrückbare Grenzen und Punkte darbietet, die sich auch beim lebenden Menschen mit hinreichender Sicherheit feststellen lassen.

Ueber die Art der Führung der Schnitte im Becken vermisst Vortr. eine allgemein angenommene Methode. Er hält für das beste das in der Freiburger Klinik eingeführte und sowohl auf das deforme Becken, als auch auf andere abnorme Verhältnisse ausgedehnte Verfahren von Hodge und entwickelt dieses System mathematisch. Von den Schnitten sind jedes Mal naturgetreue Abbildungen und der besseren Uebersichtlichkeit halber auch halbschematische Zeichnungen angefertigt worden.

An diesen Tafeln und an den Präparaten selbst werden, so weit der enge Rahmen des Vortrages gestattet, nur einige besonders wichtige Punkte hervorgehoben. Bezüglich aller Details wird auf die später erscheinende ausführliche Abhandlung verwiesen.

Das erste Becken stammt von einer Ipara, die drei Wochen post partum gestorben war. Die hiervon gewonnenen Schnitte geben von den Prädilektionsstellen und den Verbreitungswegen der Eiterungen ein ausgezeichnetes Bild.

In dem Fettgewebe zwischen linkem Psoas und Iliacus ist ein ziemlich grosser extraperitonealer Abscess getroffen. In den obersten Theilen der durch Infiltrat zwischen den Platten kolossal verdickten Ligamenta lata, bezw. Ligamenta infundibulo-pelvica ist durch röhrenförmige Eiterherde die

Strasse dieser aufsteigenden Eiterung deutlich markirt. Weiter unten, im eigentlichen Beckenring, interessirt besonders ein extraperitoneal gelegener, pararectaler Eiterherd. In den Schnitten, welche dem unteren Theil des Uteruskörpers und dem Hals entsprechen, fällt das massenhafte, aber nicht eitrige Infiltrat auf, welches die Platten der Ligamenta lata auseinanderdrängt und in der das ebenfalls verdickte und verhärtete Binde- und Fettgewebe der Beckenwände ausstrahlt. Der Uterus ist in diese Infiltrate wie eingegossen, und der Mastdarm ist durch solche entzündliche Vorgänge immobilisirt. Durch die unteren Schnitte werden die Weichtheilverhältnisse des Beckenbodens sehr schön illustrirt.

Wie für die aufsteigenden extraperitonealen Eiterungen sind die Infektionswege für die Tuben klar gelegt. Beiderseits Pyolsalpinx. Aus den Befunden geht hervor, dass auf der linken Seite die Infection des Eileiters vom Uterus her durch direkte Propagation auf der Schleimhaut erfolgt sein wird, während rechts die Eitererreger auf dem für das Puerperium gewöhnlichen Wege eingedrungen sind, nämlich von der Ampulle aus.

Die Eierstöcke dienen nur zur Begrenzung intraperitoneal gelegener Eiterherde, ohne im eigenen Gewebe Eiter zu enthalten. Im Anschluss daran hebt Vortr., im Gegensatz zu der sonst ziemlich allgemein gültigen Anschauung, die Seltenheit echter und zumal grösserer Ovarialabscesse hervor.

Zuletzt wird noch flüchtig die wichtige Rolle berücksichtigt, welche man Darm, Netz und Appendices epiploicae bei der Abkapselung der intraperitonealen Eiterungen spielen sieht. Es liegen ähnliche Verhältnisse vor, wie sie schon zu erheblichen diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben, oder in anderen Fällen zu Ileus und Tod geführt haben.

Im Gegensatz zu dieser mehr frischen Infektion werden noch Schnitte von einer exquisit chronischen entzündlichen Affektion des Beckens demonstrirt, um die Endproducte eines solchen, durch Jahre bestehenden und immer wieder aufflackernden Processes zu veranschaulichen.

An der Trägerin dieses zweiten Beckens, einer 44jährigen IIpara, wurde die vaginale Uterusexstirpation als letztes Hilfsmittel versucht. Die Operation musste jedoch wegen des Schwächezustandes der sehr heruntergekommenen Pat. abgebrochen werden.

In der rechten Beckenhälfte liegt ein etwa hühnereigrosser, intraperitonealer Eiterherd, mit aller Wahrscheinlichkeit die durch die plastische Thätigkeit des Peritoneums stark veränderte Pyosalpinx, während der Eierstock auch hier von der Abscessbildung ausgeschlossen erscheint. Der linksseitige Adnextumor besteht in seinem hinteren Theil aus Pyosalpinxwindungen, in seinem vorderen Abschnitt aus dem Eierstock, der theilweise in grosse Cysten mit serös-colloidem Inhalt verwandelt ist.

Die Grenzen des Uterus sind für sich in den Schnitten nicht überall deutlich zu erkennen, es geht vielmehr sein Gewebe ohne irgend welche scharfe Kontour in die Umgebung über. Vortr. macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche die totale Entfernung dieses Organs trotz Zangen und Morcellement gehabt hätte, wenn eine Weiterführung der Operation wegen des Zustandes der Frau möglich gewesen wäre.

Um den Mastdarm sieht man die Verhältnisse sehr gut veranschaulicht, wie sie in der Freiburger Klinik als „Zwinge um den Mastdarm" in den Palpationsbefunden bezeichnet werden. An einer Stelle ist die Perforation eines pararectalen Eiterherdes in den Mastdarm getroffen. Von dem in der Litteratur so vielfach angeführten Ventilverschluss, welcher den Abcessspalt gegen Koth abgeschlossen halten soll, ist nichts zu sehen, vielmehr hat sich der Koth dem Eiter beigemischt.

Der linke Ureter ist stark verändert, im oberen Theil bis zu Kleinfingerdicke dilatirt, im unteren durch andrängende Eiterherde und narbige Bindegewebsschlingen komprimirt. Das Gewebe des Harnleiters selbst befindet sich anscheinend in einem Vorbereitungsstadium für den Durchbruch. Ausserdem ist die durch die Schwellungen bedingte asymmetrische Lage dieser Organe bemerkenswerth.

Die Blase ist durch einzelne Adhäsionsstränge, peritoneale, schwartige Auflagerungen und breite Verwachsungen mit der Umgebung in ihren Exkursionen gehindert. Nach links zu hat sich ein Pulsionsdivertikel mit papierdünner Wand gebildet.

Zum Schluss führt Vortr. noch Beobachtungen von zeitweisem, negativem, intravesikalem Druck in gewöhnlicher Rücken- oder Steinschnittlage an, die bei derartigen hochgradigen Funktionsstörungen der Blase in der Freiburger Klinik gemacht worden sind. Er erklärt dieses merkwürdige Phänomen aus den mechanischen Verhältnissen. (Selbstbericht.)

Herr Orthmann (Berlin). Zur Pathologie des Corpus luteum.

Das Corpus luteum ist für die Erkrankungen des Ovariums von grosser Bedeutung: dieselbe beruht zum grossen Theil auf physiologischen Vorgängen, namentlich der Füllung und Vermehrung der Gefässe bei der Eröffnung eines Follikels, dem dabei stattfindenden mehr oder weniger grossen Bluterguss, und vor allen Dingen in der vorübergehenden Kommunikation mit der Bauchhöhle, resp. den Nachbarorganen.

Als einer der Ersten hat sich Rokitansky mit der Pathologie des Corpus luteum beschäftigt; in neuerer Zeit namentlich Nagel, Fränkel und Langer.

Bei der Rückbildung können im Corpus luteum ausgedehnte Verkalkungen verkommen (Slavjansky u. A.); O. hat selbst einen derartigen Fall untersucht, in dem bei einer 43jährigen Frau in einem Ovarium 2 Corpora lutea ausgedehnt verkalkt waren.

Von grösserer Bedeutung sind in pathologischer Beziehung die durch Blutungen hervorgerufenen Veränderungen; hierher gehören die sogenannten Verdoppelungen der gelben Schicht theilweise Abhebung derselben, namentlich aber die Bildung von kleineren und grösseren Hämatomen oder Blutcysten; die Lage der letzteren ist meist an einem der Pole der Ovarien, bei grösseren geht natürlich das ganze Ovarium darin auf; der Umfang kann bis zu Kindskopfgrösse gehen. Die Wand besteht aus 2 charakteristischen Lagen, einer inneren welligen, braun oder gelblich gefärbten, die der Luteïnschicht entspricht, und einer äusseren dünneren strafferen Schicht, der ursprünglichen Tunica fibrosa. Von besonderem Interesse ist, dass neben epithellosen auch mit Epithel ausgekleidete Blutcysten vorkommen. O. hat von letzteren 3 Fälle genauer untersucht. Unter der cylindrischen, kubischen oder plattenepithelähnlichen Epithelschicht findet man noch deutliche Luteïnzellen, die in älteren Fällen einer immer noch durch ihre meist stark gefaltete Beschaffenheit an die Luteïnschicht erinnernden, lockeren Bindegewebsschicht Platz machen. Ganz ähnliche Verhältnisse findet man bei den Corpus luteum-Cysten mit hellem, serösem Inhalt; auch hier sind vor Allem epithellose und epitheltragende zu unterscheiden.

Ausserordentlich wichtig ist auch die Rolle, welche das Corpus luteum bei entzündlichen Vorgängen spielt. — Unter 30 Ovarialabscessen fand O. 21, also über $^3/_8$, Corpus luteum-Abscesse, welche sich durch einen sehr charakteristischen Bau der Wand auszeichnen, namentlich die aus zahlreichen kleineren und grösseren papillären Exkrescenzen bestehende innere Schicht, welche aus der Luteïnschicht hervorgeht und häufig noch deutliche Luteïnzellen aufweist; die äussere Schicht (Tunica externa) ist meist hyalin degenerirt. — Von Bedeutung ist ferner, dass auch die Tuberkelbacillen durch Vermittlung des Corpus luteum ihren Einzug in das Ovarium halten können.

Solide Neubildungen (Fibrome, Carcinome etc.), wie solche von Rokitansky, Klob, und in jüngster Zeit von Voigt beschrieben worden sind, hat O. bisher nicht beobachtet.

(Der Vortrag wurde durch Abbildungen, makro- und mikroskopische Präparate erläutert). (Selbstbericht.)

Herr Skutsch-Jena: Zur Lehre vom Abort.

Als Beitrag zur Lehre vom Abortus berichtet Redner über folgenden interessanten Fall: Bei einer gesunden schwangeren Frau stellten sich Zeichen eines drohenden Abortus ein, der mit den üblichen Mitteln behandelt werde. Nach 2 Tagan wurde ein Deciduafetzen von ca. 4 mm Dicke ausgestossen. Die Untersuchung ergab den Uterus noch vergrössert durch einen Tumor in demselben; Extrauterinschwangerschaft war ausgeschlossen. Nach 3 Tagen wurde ein kugeliger Körper ausgsstossen, an welchen Chorionzotten zu erkennen waren, dann erst wurde das Ei geboren. S. stellt hier die Frage auf, ob das

zweite ausgestossene Gebilde die Decidua reflexa oder die Vera war und hält es für letztere, für den Ausguss der Uterushöhle. Ein doppelter Uterus war nicht vorhanden. Redner deutet den Fall derart, dass sich das Ei im interstitiellen Theil der Tube inserirt hat und dort abgestorben ist, bei der Geburt stiess sich erst die Decidua ab, dann folgte das Ei. Es handelte sich also um einen tubo-uterinen Abortus und glaubt Sk., dass die Ei-Insertion dort häufiger sei, als bisher vermuthet wurde.

Herr Pfannenstiel (Breslau): Ueber die Histogenese der Dermoidcysten und Teratome des Eierstocks.

Bezüglich der Entstehung der Dermoidkystome und Teratome des Eierstocks bin ich auf Grund meiner durch Jahre hindurch fortgesetzten Untersuchungen in ganz unabhängiger Weise zu denselben Anschauungen gelangt, wie sie in neuester Zeit von Wilms publicirt worden sind.

Es ist nicht richtig, wenn man die Dermoidkystome des Eierstocks den fötalen Inklusionen gleichstellt. Diese sind von wesentlich anderer Zusammensetzung und Gestaltbildung als die teratoiden Geschwülste des Ovariums, sie sind Doppelmissbildungen, und Niemand wird im Ernst behaupten, dass die Teratome des Eierstocks einem ähnlichen Missbildungsvorgang ihren Ursprung verdanken.

Die Abschnürungstheorie ist gleichfalls sehr unwahrscheinlich, denn, abgesehen davon, dass es gerade immer nur die Keimdrüse wäre, welche die Ablagerungstätte solcher abgesprengter Geschwulstkeime des Ektoderms darstellte, während höher oben und weiter unten ähnliche Geschwulstbildungen nicht vorzukommen pflegen, so ist daran zu erinnern, dass der His'sche Achsenstrang, welcher einzig und allein im Stande war, die Abschnürungstheorie zu stützen, von den Embryologen von Fach nicht mehr die volle Anerkennung hat. Vor Allem aber passt der Vergleich mit den Hautdermoiden ganz und gar nicht. Während die Hautdermoide eine allseitige Hautauskleidung und ausser dieser keinerlei Geschwulstelemente besitzen, die von anderen Keimblättern als dem Ektoderm herrühren, ist das Dermoidkystom des Eierstocks ganz anders zusammengesetzt. Nicht eine allseitige Hautauskleidung der Cyste, wie man noch heut zu Tage vielfach annimmt, ist vorhanden, sondern der hautbedeckte Geschwulstantheil ist nur an einer umschränkten Stelle zu finden, während die übrige Cystenwand Cylinderepithel trägt oder ganz epithellos ist. Freilich finden sich auch hier gelegentlich Haare, aber diese sind, wie an dem mikroskopischen Präparat ersichtlich, nicht dort gewachsen, sondern es sind abgestorbene Haare, welche sich dem Cysteninhalt beigemischt und von dort aus wieder sekundär in die Cystenwand eingespiesst haben. Keine Haarpapille finden Sie an diesen Stellen, sondern vielmehr eine Zone reaktiver Entzündung mit Riesenzellen und hämorrhagischer Infiltration. Der hautbedeckte Geschwulstantheil dagegen, von welchem die Haare entspringen, enthält stets Bestandtheile aller drei Keimblätter in zum Theil weit vorgeschrittener Differenzirung. Hier finden wir eine Art Embryo, wenn auch in unvollkommener Weise, angelegt. Vorzugsweise sind es Bestandtheile des Ektoderms, welche zu hoher Entwickelung gelangt sind, aber auch endodermale Bildungen sind fast immer vorhanden, oft zu hoher Entwicklung gelangt. Ferner ist zu bemerken, dass niemals der ganze Embryo gebildet wird, dass dagegen der Kopfantheil eines solchen, also derjenige Theil des Embryo, welcher zuerst in vollkommener Weise zur Differenzirung gelangt und während des ganzen intra-uterinen Lebens dem übrigen Körper an Entwicklung voraus ist, in allen Fällen deutlich erkennbar ist. Selbst in den einfachsten Dermoidkystomen können Sie die Bestandtheile des Kopfes bei sorgfältiger Untersuchung wiedererkennen. Die Präparate, welche ich nachher demonstriren werde, entstammen alle einer Geschwulst. Sie sehen dort die Haut mit ihren Attributen, Gehirnmasse, Ganglien, Arachnoidealzotten, Augenbestandtheile, besonders die Pigmenthülle des Auges, Kehlkopfgegend mit Schleimhaut, Schleimdrüsen, Muskulatur, Nervenfasern Knorpel etc., und Ihnen allen ist bekannt das häufige Vorkommen von Kiefertheilen mit ausgebildeten Zähnen. Alle diese Theile sind keineswegs so regellos durch einander geworfen, wie man für gewöhnlich annimmt, sondern es ist ein unverkennbares Bestreben zu geordneter Entwicklung nachzuweisen, wenn auch die Ausbildung der einzelnen Organe

eine unvollkommene bleibt und die Organe selbst eng an einander geschoben sind. Es ist Ihnen ferner bekannt, dass in den Dermoidkystomen die Differenzirung der Organe oft sehr weit vorschreitet, dass deutlich ausgebildete Augen selbst mit Linse und Lidern, Nasen- und Mundbildung mit Kiefer und Zunge, und dass gelegentlich auch Rumpfbestandtheile, Skelettheile mit gegliederten Extremitäten, Brustdrüse, Schilddrüse, Abschnitte des Magen-Darmkanals, des Respirationstractus, selbst der Unterleibsdrüsen schon wiederholt gefunden worden sind. Und ich glaube mich nicht zu täuschen, wenn ich einige Male an dem dermoidalen Zapfen des Kystoms die Andeutung eines Amnions mit dem typischen Epithel gesehen habe.

In diesen Thatsachen ist die gesammte Genese der Dermoidkystome enthalten. Nur ein Bestandtheil der weiblichen Keimdrüse ist fähig, diese Bildungen zu produciren, das ist das noch nicht differenzirte Ei, das Ei der Primordialfollikel. Den Epithelien des Eierstocks, dem Deck- oder dem Follikelepithel diese besondere Bildungskraft zuzutrauen, halte ich nicht für berechtigt. Das Deckepithel ist, eben so wie das Follikelepithel des Eierstocks, bereits viel zu weit in der Differenzirung vorgeschritten, als dass es fähig wäre, noch einmal zurückzukehren auf das Stadium des Koelomepithels, aus welchem sich die Keimanlagen entwickeln. Es würde allen entwicklungsgeschichtlichen und pathologisch-anatomischen Thatsachen widersprechen, wenn man dem Deckepithel oder dem Follikelepithel die Fähigkeit zusprechen wollte, sich wieder in Keimzellen umzuwandeln. Das Ei der Follikel dagegen enthält alle diejenigen Eigenschaften, welche dazu bestimmt sind, den ganzen thierischen Organismus zu bilden. Es verharrt in diesem Zustand bis zum Moment der Befruchtung, kann aber auch ohne eine solche zu selbstständigem Wachsthum angeregt werden, um auf parthogenetischem Wege ein Gebilde zu produciren, welches in Unvollkommenheit der Entwicklung Theile des menschlichen Körpers in atypischer Anordnung enthält.

Damit wären wir etwa auf dem alten Standpunkt wieder angelangt, den der gesunde Menschenverstand schon vor Jahrhunderten, wenn auch in vollkommen laienhafter Weise, so doch in richtiger Ahnung vertreten hat.

Es bleibt nun noch ein Punkt zu erörtern übrig, das ist die Kombination des Dermoids mit epithelialen Neubildungen anderer Art. Es ist die Häufigkeit dieser Kombination schon seit lange bekannt, und ich kann hinzufügen, dass nach meinen Untersuchungen sogar fast jedes Dermoid des Eierstocks mit einer der bekannten Neubildungen verbunden ist, sei es einem einfachen serösen Kystom (was man bisher als Hydrops folliculi bezeichnete), sei es mit einem Kystadenom.

Diese Thatsache ist nicht etwa in dem Sinne Waldeyer's zu deuten, dass die Epithelien des Eierstocks einmal die bekannten epithelialen Geschwulstbildungen und dann wiederum dermoide Bildungen produciren, so dass also die Dermoide nichts Anderes als Adenome des Eierstocks wären, sondern vielwehr ist diese Kombination ein Ausdruck dafür, dass histologisch verschiedene Bestandtheile des Parenchyms gleichzeitig von demjenigen Reiz betroffen wurden, der die Geschwulstbildung anregt. Jeder Bestandtheil antwortet auf diesen Reiz in der ihm eigenthümlichen Weise, unter Entwicklung der ihm nun einmal innewohnenden formativen Fähigkeiten.

Es ist übrigens bemerkenswerth, dass die Dermoide sich mit Vorliebe verbinden mit den Pseudomucinkystomen, deren Genese von dem Follikelepithel immer grössere Wahrscheinlichkeit erlangt, während die Kombination mit dem serösen Kystadenom, namentlich dem Flimmerpapillärkystom, dessen Abstammung vom Keimepithel mir unzweifelhaft erscheint, extrem selten, vielleicht nie vorkommt. Wir können uns somit die Entstehung des Dermoidkystoms in der Weise vorstellen, dass neben einander, ein und demselben Antrieb zur Geschwulstbildung folgend, die Eizelle zum eigentlichen Dermoid sich entwickelt, während das Epithel des Follikels zu einem Pseudomucinkystom oder einem einfachen serösen Kystom sich umbildet.

Die Entstehung der eigentlichen Teratome des Eierstocks ist als im Wesentlichen gleichartig aufzufassen. Die Dermoide zeigen eine mehr geordnete und, so weit es der beengte Raum gestattet, vollkommenere Ent-

wicklung der drei Keimblätter. Bei den Teratomen ist die Entwicklung regelloser und unvollkommener und trägt mehr den Charakter einer atypisch proliferirenden Neubildung, etwa in dem Verhältnis eines Sarkoms zum Fibrom oder eines Carcinoms zum Adenom. (Selbstbericht.)

Herr G. Abel (Leipzig). Welche Umstände beeinflussen die Narbenfestigkeit der Bauchschnittwunde?

A. ist seit Herbst 1892 mit Nachuntersuchung der in der Zweifelschen Klinik ausgeführten Laparotomien beschäftigt. Er weist nach, dass die Untersuchung auf Narbenbrüche eine längere als die bisher innegehaltene Beobachtungszeit erfordere.

A. hat nur von 5 unter 665 Fällen nichts ermittelt, er hat 96 pCt. aller Kranken, die im Umkreis von 300 km wohnen, **98** pCt. derer die im Umkreis von 150 km von Leipzig wohnen, selbst wiedergesehen und nachuntersucht.

Es wurden operirt	Wie oft hat A. im Durchschnitt die Kranken selbst nachuntersucht?	Im Durchschnitt fand die letzte Nachuntersuchung statt
1887: 15 Frauen	$2^{8}/_{15}$ mal	im 9. Jahre p. op.
1888: 37 „	$2^{28}/_{37}$ mal	„ 8. „ „ „
1889: 46 „	$2^{11}/_{46}$ mal	„ 7. „ „ „
1890: 71 „	$2^{15}/_{71}$ mal	„ 6. „ „ „
1891: 62 „	$2^{16}/_{62}$ mal	„ 5. „ „ „
1892: 83 „	$2^{27}/_{83}$ mal	„ 4. „ „ „
1893: 113 „	$2^{105}/_{113}$ mal . . .	„ 7. Halbjahr p. op.
1894: 102 „	$2^{60}/_{102}$ mal . . .	„ 5. „ „ „

(bis Ende Juli).

Seinen Tabellen legt A. nur selbstbeobachtete und mindestens 2 Jahre nachbeobachtete Fälle zu Grunde und beweist, dass die Narbenfestigkeit wesentlich nur durch 2 Umstände beeinflusst wird, nämlich durch exakte Wundnaht — die besten Narben wurden nach isolirter Fasciennaht erzielt — und durch Wundeiterung. Die meisten Brüche wurden nach Wundeiterung beobachtet:

Nach	2 wöchentlicher	Eiterung	40 pCt. Brüche
„	3 „	„	54 „ „
„	4 „	„	65 „ „
über	4 „	„	80 „ „

Der schädigende Einfluss der Wundeiterung machte sich bei isolirter Fasciennaht weniger geltend als bei anderen Nahtmethoden.

Die Beschaffenheit der Bauchdecken scheint auf die Narbenfestigkeit nur in so weit Einfluss zu haben, als sie die exakte Naht, zumal der Fascien, erleichtert oder erschwert; die wenigsten Brüche wurden bei ganz dünnen Bauchdecken gefunden, mit zunehmender Dicke des Fettpolsters vergrösserte sich auch die Zahl der Narbenbrüche.

Ein Einfluss der Konstitution liess sich nicht nachweisen: schwächliche, stark ausgeblutete, alte Frauen bekamen nicht etwa mehr Brüche als kräftige, nicht anämische oder jüngere Frauen.

Sowohl für die Zahl der Brüche als auch für deren Grösse sind nur Wundnaht und Wundheilung von bestimmendem Einfluss! Den Beweis liefert A. einmal auf Grund der Gegenüberstellung verschiedener Nahtmethoden mit Berücksichtigung der Eiterungsdauer in ausführlichen Tabellen, sodann durch den Nachweis, dass nach Ablauf der Wundheilung auf die Narbe wirkende Umstände einen schädigenden Einfluss nicht mehr erkennen lassen.

A. zeigt an weiteren Tabellen, dass durch frühzeitige Wiederaufnahme der Arbeit, durch vorzeitiges Ablegen der Leibbinde, durch alsbald eintretende Schwangerschaft u. a. m. weder die Zahl der Brüche noch ihre Grösse zugenommen hat.

A. bittet, seine Befunde an einer grösseren Zahl gleich genau beobachteter Fälle nachzuprüfen. Ohne methodisches Wiederbestellen bekomme man höchstens 15 pCt. der Frauen wieder zu Gesicht. Derartige Nachuntersuchungen anstellen zu lassen, sei eine Pflicht der Operateure, zumal A. in Erfahrung bringen konnte, dass von den 61 seither verstorbenen Kranken

nicht weniger als 9 unter Ileuserscheinungen gestorben seien. Desshalb soll man nicht über die Bauchnaht allein, sondern auch über die Dauererfolge der Operationen weitere Nachbeobachtungen anstellen.

Vor der Nachmittag-Sitzung fanden Demonstrationen mikroskopischer Präparate statt. Gelegentlich derselben sprach Herr Winternitz-Tübingen „Ueber neue Hilfsmittel beim gynäkologischen Unterricht."

Er demonstrirt ein Phantom, mit welchem es möglich ist, sämmtliche Lageveränderungen des Uterus darzustellen: ferner zeigt er eine grosse Anzahl selbst angefertigter Moulagen aus Pastellin, welche beim klinischen Unterricht verwerthet werden und dazu beitragen sollen, das Vorstellungsvermögen auszubilden.

III. Sitzungstag am 11. Juni 1897.

5. Sitzung.

Herr Klien-Dresden demonstrirt:

1. Einen Sterilisationsapparat für Verbandmaterialien; derselbe ermöglicht in Anlehnung an denjenigen von Menge die gleichzeitige Sterilisirung von 3 Büchsen bez. einer grossen und die sofortige Nachtrocknung.

2. Einen Behälter zum Mitführen von sterilem Catgut und Seide.

3. Eine neue Modification eines intrauterinen Kolpeurynters.

Es handelt sich um einen anderen Füllungsmodus des von Arthur Müller-München in dieser Monatsschrift beschriebenen, unelastischen Kolpeurynters. Der Füllballon hat sich als wenig haltbar erwiesen und das Herüberdrücken aus ihm in den Kolpeurynter war umständlich. K. wählte desshalb zur Füllung eine starke Klysopompe und zur sicheren Verbindung dieser mit dem Kolpeurynter liess er einen Hahn mit einer Ueberwurfmutter nach Art der Verbindung der Gartensprengschläuche construiren. Der Hahn ist fest am Kolpeurynter befestigt, der die Ueberwurfmutter tragende Stempel ebenso an der Klysopompe. Beide Stücke lassen sich leicht vereinigen und trennen. Durch ein Gewinde im Lumen des Stempels lässt sich auch der Braun'sche Kolpeurynter mit Ansatzstück befestigen. Klien's Kolpeurynter ist aus Patentgummi mit Trikoteinlage, der Stiel ist unelastisch, der Ballon etwas elastisch, ohne seine Form zu verändern. Zum Einführen in den Uterus bedient er sich einer gleichzeitig demonstrirten Zange von Jetter und Scherer. Den Kolpeurynter mit Zubehör liefert Oscar Ilschner, München. Der Apparat kostet complet 17,50 Mk.

4. zeigt K. sein Instrument zur Messung des Beckenausgangs an der Lebenden.

Herr Ziegenspeck-München legt der Versammlung a) eine Wendungsschlinge mit kreisrundem Querschnitt und aus Baumwolle hergestellt vor. Dieselbe lässt sich sterilisiren, ist nur einmal zu verwenden und hat den Vorzug, dass sie nicht einschneidet, wie es die bandförmigen bei stärkerem Zug thun. (Preis 20—30 Pfennige.)

b) Eine Kornzange als Universalinstrument: als Schlingenführer, Nabelschnurrepositorium, als Stopfer für die Uterustamponade, als Tamponhalter und Arterienpincette. Das Instrument ist eine auf der Fläche leicht gebogene Kornzange mit Stellhaken und empfiehlt sich besonders für den praktischen Arzt, der mit möglichst wenig Instrumenten möglichst viel auszurichten hat.

Herr Krönig-Leipzig: Demonstration 1) der von ihm angewandten Sterilisationsmethode des Catgut. (C. f. Gyn. 1894 No. 27). Dasselbe bezieht er von Dronke Köln, Hohenstaufenring, trocknet es mehrere Stunden bei 60—100° im Trockenschrank, überträgt es dann direct in Kumol, worin es auf einem Sandbad auf 155—165° eine Stunde lang erhitzt wird. Wird eine Uebertragung von Alkohol in die Wunde nicht gefürchtet, so kann das sterilisirte Katgut direct in Alkohol übertragen werden und ist zum Gebrauch fertig. In der Leipziger Frauenklinik wird das Kumol aus den Fäden vollständig entfernt. Sie kommen 3 Stunden lang in Benzin und dann in sterile Petrischalen, wo das Benzin wieder verdunstet. Dronke liefert so sterilisirtes Catgut in Büchsen. Den Einfluss gut sterilisirten Catguts auf die

Heilung der Bauchwunde liefern die Abel'schen Untersuchungen (s. oben). In der Leipziger Frauenklinik wird die Bauchwunde in Etagen genäht, Bauchfell und Fascie isolirt durch fortlaufenden Catgutfaden, die Haut durch Catgutknopfnähte.

1) Von 55 Fällen, die mit Sublimatalkoholkatgut genäht waren, haben 25 — 46 pCt. geeitert; bei 10 pCt. der Fälle wurde nach 2- und mehrjähriger Beobachtung eine Lücke (Hernie) in der Fasciennaht konstatirt.

2) Von 110 Fällen, die mit Chromsäurekatgut genäht waren, haben 25 Fälle = 22,7 pCt. geeitert; 15 pCt. der Fälle wiesen bei der Nachuntersuchung Fascienlücken auf.

3) Unter 68 Fällen, die mit Xylolkatgut genäht waren, haben 9 = 13,4 pCt. geeitert; 13 pCt. der Fälle wiesen bei der Nachuntersuchung Fascienlücken auf.

4) Von 56 Fällen, die mit Cumolkatgut genäht waren, haben 6 = 10,7 pCt. geeitert; 7,1 pCt. der Fälle wiesen bei der Nachuntersuchung Fascienlücken auf.

Es sei noch erwähnt, dass die Sterilisation beim Sublimatalkoholkatgut so vorgenommen war, dass das Katgut 20 Minuten lang in 1 proc. Sublimatalkohol (Alcohol absol.) gekocht und dann in absol. Alkohol übertragen wurde. Das in Chromsäure gehärtete Katgut war nach Döderlein in trockner Luft erhitzt.

Beim sogenannten Xylolkatgut war das Katgut 1 Stunde lang in kochendem Xylol erwärmt.

Allen 3 Methoden haftet der Nachtheil an, dass die Dauerformen des im Katgut gewöhnlich sich findenden Stäbchenbacteriums nicht abgetödtet werden. (Selbstbericht.)

Herr Menge-Leipzig demonstrirt den von ihm im C. f. G. beschriebenen Dampfsterilisator, welchem Renk den Vorwurf gemacht hat, dass das Verbandmaterial durch den sich condensirenden Dampf zu feucht werde und dass die Dampfwirkung auf die Mikroben eine ungenügende sei. Wie Menge schon empfohlen hatte, vermeidet man das Feuchtwerden des Materiales durch Vorwärmen der Büchsen. In der Gartenerde, wie sie Renk zu seinen Untersuchungen benutzte, fanden sich Erdsporen, welche auch in anderen Dampfdesinfectionsapparaten nicht abstarben, dieselben gehen auch, in gespanntem Dampf über $^1/_2$ Stunde gehalten, nicht zu Grunde (Koch). Dagegen gingen im kleinen Apparat die sehr resistenten Milzbrandsporen schon nach 5 Minuten Dampfwirkung ein, so dass Menge den kleinen und billigen Apparat Hebammen und praktischen Aerzten dringend empfehlen kann.

Herr Küstner demonstrirt.

a) ein aseptisches Instrument (Hülse), um den Stiel des Pacquelin halten zu können.

b) eine Hakenzange, welche mehr leistet als die Muzeux'sche, ja selbst die Collin'sche.

c) Scheidenhalter mit einem Griff, wie ihn die Korbschläger haben. Derselbe liegt bequem in der Hand und lässt dieselbe nicht so leicht ermüden.

d) ein Embryotom für Querlagen mit begonnener Selbstentwickelung. Das Instrument ist nach Art des Kranioklasten hergestellt; die sich in die gefensterte Branche einlegende Hälfte besitzt eine Schneide. Die Anlegung des Instrumentes ist leicht und lassen sich mit ihm alle Knochen durchschneiden, vor allem lässt sich die Spondylotomie bei verschleppten Querlagen ausführen.

Herr Winter zeigt 1. einen Uterus, den er noch im 7. Schwangerschaftsmonat vaginal exstirpiren konnte. Es handelte sich um Portio carcinom; die Operation wurde typisch begonnen, der Cervix bis zum inneren Muttermund ausgelöst. Dann spaltete W. den Cervix, entleerte die Fruchtblase, und da wegen Adhärenz der Placenta keine Blutung erfolgte, liess er die Placenta in dem verkleinerten Uterus, der nun leicht exstirpirt werden konnte. Heilung.

Die Operation beweist, dass man mit ihr bis gegen Ende der Schwangerschaft warten kann.

2. Einen von ihm exstirpirten Encephalocelensack von Kindskopfgrösse, in welchem sich ein ca. apfelgrosses Stück Hirnmasse (vom Occipitallappen?) befand. Das kräftige, 4 Tage alte Kind vertrug den Eingriff ohne Nachtheil. Der Stiel der Geschwulst wurde mit Catgut abgebunden. W. fragt, ob spätere Nachtheile solcher Eingriffe bei Kindern bekannt seien.

Herr Kehrer hat einen ähnlichen Fall vor einem Jahre operirt, die Geschwulst mit Kleinhirnsubstanz abgetragen. Das Kind entwickelte sich scheinbar gut, doch zeigt es jetzt beiderseits beginnende Atrophie des Opticus. Zwei gleiche Fälle sind aus Italien bekannt, während in Bergmann's Fällen cerebrale Symptome ausblieben.

Herr Schatz hat 3 solche Fälle bis zu 12 Jahren beobachtet, ein Kind lebt noch, 2 sind gestorben, alle drei lernten weder gehen noch sprechen, so dass die Operationsresultate als schlecht zu bezeichnen sind.

Herr Fritsch-Bonn zeigte eine 1. Hohlsonden-Kanüle, durch welche eine Kornzange hindurchgeführt werden kann, deren Spreizung eine Oeffnung bis zur Durchlässigkeit eines Fingers gewährt, ohne Gefässverletzungen befürchten zu müssen;

2. einen Salbenträger zur Einführung von Seifen-Salben an die Portio;

3. seine Adnexklammer mit der Modifikation, dass die eigentliche Klammer in der Vagina liegen bleibt, während die sonst aus ihr herausragenden und die Kranke belästigenden Klammergriffe entfernt werden können;

4. einen doppelläufigen Mastdarmspülapparat und

5. einen Katheter für den nicht schwangeren Uterus.

Herr Wiedow-Freiburg: Beckendemonstration.

Bei der Beurtheilung der Becken ist nicht nur deren Form, sondern auch deren Genese zu beobachten: In 20 pCt. sämmtlicher deformer Becken der Freiburger Klinik fand W. Trichterbecken, darunter waren viele jugendliche Frauen. Neben allgemeiner Verengerung der Becken, neben Rhachitis fanden sich noch andere Veränderungen der Trägerinnen: Anomalien der Brüste, in 6 Fällen unter 30 mangelhafte Entwickelung der äusseren Genitalien, in 8 Fällen Uterusanomalien, darunter 4 Mal Doppelbildungen (Cretins). Nur bei gleichzeitiger Rhachitis haben diese Trichterbecken eine geburtshilfliche Bedeutung, weil dann das Kreuzbein tiefer herunterrückt und das Becken verengt.

Die Messung des Beckenausganges nach Breisky oder Klien habe mancherlei Uebelstände, zudem braucht man Assistenz dazu. Er empfiehlt zunächst die Schätzung des Beckenausgangs durch folgendes Verfahren: Man legt beide Daumenballen auf die Tubera ischii, drückt die Daumen selbst an der Innenseite der Schambogenäste ein und markirt sich so den Schambogenwinkel, dessen normale Grösse bekannt ist. Findet man Abweichungen, so tritt die genauere Messung in ihr Recht.

Herr Fehling-Halle zeigt an dem von v. Herff schon demonstrirten Uterus, welcher wegen Ruptur durch Laparotomie entfernt worden war, wie die Placenta sich am unteren und äusseren Rande zu lösen begann, während sie im Uebrigen noch adhärent war. Es giebt also auch physiologische Fälle, wo die Lösung vom Rande aus vor sich geht, ohne Bildung eines retroplacentaren Haematoms.

Herr Ahlfeld wendet hiergegen ein, dass es sich hier bei Uterusruptur und Porro nicht um physiologische Geburtsvorgänge handeln könne.

Herr B. S. Schultze demonstrirt hierauf den Auguste Reverdin'schen Apparat zum Halten grosser schwerer Geschwülste während der Operation. Er hat denselben einmal mit bestem Nutzen angewendet, indem er ihn an einem Haken an der Decke aufhing.

Herr v. Rosthorn: Demonstration von anatomischen Präparaten; Corpus-luteum-Abscesse.

Die Präparate haben sich in Formalin, sowohl was Farbe, als auch was Form betrifft, fast wie frisch erhalten. Es handelt sich bei ihnen thatsächlich um Abscedirung von gelben Körpern (vergl. die Präparate in seiner Arbeit Arch. f. Gyn., Bd. 49). Die innere Auskleidung des Hohlraumes zeigt den charakteristischen feinen, mehr minder dünnen gewellten,

stark gelb gefärbten Saum. Die Höhlungen sind mit gelbgrünem Eiter gefüllt, der nun erstarrt ist. Makroskopisch hat die Innenfläche ein zottiges Aussehen. Die mitexstirpirte Tube ist in allen Fällen schwer erkrankt, die Muskelschicht hypertrophirt, das abdominale Ende mit dem Ovarium verwachsen. Die meisten Abscesse der Ovarien entstehen danach durch Infection der Graaf'schen Follikel nach dem Platzen und während der Entwickelung der gelben Körper. Die Seltenheit des Vorkommens der Corpus-luteum-Cysten lassen schliessen, dass es sich auch nur in seltenen Fällen bei den Ovarialabscessen um Vereiterung solcher Cysten handelt.

Herr Sänger: Demonstration eines faustgrossen multiloculären Colloid-Kystoms der rechten seitlichen Bauchwand, entstanden nach Punction einer grossen ebensolchen Cyste des rechten Ovarium; durch die Oeffnung soll seinerzeit mehrere Tage lang Cystenflüssigkeit ausgelaufen sein.

3 Monate später Entfernung der allseitig adhärenten, vereiterten Cyste, wobei bereits eine leichte Härte an der früheren Punctionsstelle wahrgenommen wurde.

Nach einem Jahre Wiederkunft der Frau mit einer aufgebrochenen fistulös eiternden Geschwulst im rechten Hypogastrium.

Operative Entfernung dadurch complicirt, dass zwei Geschwulstknoten durch Usur in je eine Dünndarmschlinge eingebrochen waren. Darmnaht. Völlige Heilung.

Implantationsmetastasen bösartiger Ovarialkystome sind nichts Seltenes. Eine Implantationsmetastase nach Entfernung eines gutartigen Colloidkystoms durch Ovariotomie ist von Pfannenstiel beschrieben worden. Ein Fall wie der vorgezeigte mit Entwickelung eines alle Schichten der Bauchwand durchsetzenden und in den verwachsenen Darm einbrechenden gutartigen Colloid-Ovarialcystoms durch Punction ist bis jetzt ein Unicum. Der Fall ist auch in allgemein-pathologischer Beziehung für die Lehre von den Geschwulstimplantationen von grosser Bedeutung.

Herr Baumgärtner senior (Baden-Baden) demonstrirt den S. 75 erwähnten Apparat zur Biegung von Celluloid-Pessarien.

Herr Schultze: Der Celluloidring wird am besten in kochendes Wasser gelegt, bis er ganz weich geworden ist, hierauf formt man denselben und hält ihn unter die Wasserleitung. Dann behält er seine Form jahrelang.

Herr Pfannenstiel (Breslau). Ueber Myome des Dickdarms.

M. H.! Ich zeige Ihnen hier 2 Dickdarmmyome von bedeutender Grösse, welche ich vor 6 Tagen durch die Laparotomie mit Glück entfernt habe. Eine Diagnose konnte ich vor der Operation nicht stellen. Die Pat. kam hochgradig geschwächt mit vollkommener Incontinentia urinae, nachdem sie anderweitig längere Zeit katheterisirt worden war, bis die Einführung des Katheters nicht mehr gelingen wollte, in das Krankenhaus der Elisabethinerinnen in Breslau. Ich fand die Harnblase bis zum Nabel ausgedehnt und oberhalb desselben in der Mittellinie, etwas nach rechts verschoben, einen mässig beweglichen, etwa kindskopfgrossen Tumor von weich elastischer Konsistenz. Die Ursache der Incontinentia urinae fand ich in einer völligen Ausfüllung des Beckens mit einem über mannskopfgrossen, aus demselben hervorragenden glatten Tumor von festweicher Konsistenz. Die Scheide war stark prolabirt, der Uterus aus dem Becken emporgehoben, so dass die Portio per vaginam knapp zu erreichen war. Die Entleerung der Blase gelang nur dadurch, dass gleichzeitig 2 Finger von der Scheide aus einen Druck in der Richtung gegen das Kreuzbein hin ausübten. Danach stellte sich heraus, dass der untere, das Becken ausfüllende Tumor vollkommen unbeweglich war und keinerlei Zusammenhang mit dem vorhin erwähnten, oberhalb der Blase gelegenen Tumor hatte, welcher übrigens nach Entleerung derselben beträchtlich herabgerückt war. Der Uterus stand oberhalb der Symphyse etwas rechts extramedian. Adnexa uteri waren nicht deutlich zu tasten. Wie sich durch Aufblähung des Darmes mit Luft herausstellte, lagen beide Tumoren retrointestinal.

Es konnten somit nicht Ovarialgeschwülste sein, obwohl man nach dem Palpationsbefund daran in erster Linie zu denken hatte. Bei der

Laparotomie zeigte sich, dass der obere kindskopfgrosse Tumor hinter dem stark nach rechts verschobenen Colon descendens lag, dasselbe enorm in die Breite auszerrend, so dass die Appendices epiploicae in Folge der Stauung zu kirschen- bis pflaumengrossen Anhängseln geschwollen waren, und der untere grössere hinter und links von Flexur und Rectum gelagert war und in das Becken hineinragte. Nach Spaltung des Mesenteriums wurde erst der obere Tumor ausgeschält, was ziemlich leicht gelang. Es zeigte sich, dass derselbe mit der hinteren Fläche des Colons durch einen fleischigen Stiel zusammenhing, der bis nahe an die Muscosa ragte. Derselbe wurde mit dem Paquelin durchtrennt. Nach Ligirung der Blutgefässe wurde der peritoneale Sack tabacksbeutelähnlich vernäht und versenkt. — Viel schwieriger gestaltete sich die Ausschälung des unteren grossen Tumors. Um einen Zugang zu dem Geschwulstbett zu gewinnen, mussten die linksseitigen, stark ödematösen Adnexa uteri von der linken Beckenwand abgetrennt werden. Darauf eröffnete ein durch die hintere Platte des Lig. lat. mit dem Paquelin geführter Schnitt das pararectale Bindegewebe, sodass eine kräftige Hakenzange in den Tumor eingesetzt und damit ein Zug an dem Tumor ausgeübt werden konnte, so dass theils stumpf, theils unter Zuhilfenahme des Glüheisens die vollkommene Ausschälung aus dem Becken möglich wurde. Die ziemlich heftige parenchymatöse Blutung stand unter Tamponade des Geschwulstbettes. Darauf wurden die linken Adnexe, weil sie durch den bisherigen Gang der Operation aus ihrer Blutcirkulation zu stark ausgeschaltet schienen, so wie die rechten Adnexe, weil das Ovarium zu einer hühnereigrossen Blutcyste degenerirt war, abgetragen. Endlich wurde von dem Geschwulstbett aus das hintere Scheidengewölbe mit der Scheere eröffnet und die Tamponade zur Vagina herausgeleitet. Oberhalb des Tampons wurde Uterus und Rectum vernäht und so ein vollkommener Abschluss der Bauchhöhle erzielt. Naht der Bauchwand in 3 Etagen. Die Heilung erfolgte vollkommen fieberlos.

Die beiden Tumoren zeigten auf dem Durchschnitt das Gefüge eines etwas ödematösen Uterusmyoms, der kleinere Tumor mit theilweis hämorrhagischer Infiltration. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Annahme eines Myoms. Die beiden Myome können nur von der Schleimhaut des Dickdarmes ihren Ausgang genommen haben. (Selbstbericht.)

Herr Elischer lenkt hierbei die Aufmerksamkeit auf myomähnliche Geschwülste, präperitoneal oder retropertioneal gelegen, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung als Sarkome ergaben und Recidive machen. E. berichtet über einen selbst erlebten derartigen Fall von retroperitoneal sitzendem, mit Kalksalzen durchsetztem Spindelzellensarkom, welches 4 Monate p. o. recidivirte und die Kranke zu Grunde richtete.

Herr Pfannenstiel erwiderte:

Es handelte sich nach der mikroskopischen Untersuchung sicherlich um ein Myom, nicht um ein Sarkom. Die Darmmyome sind sehr selten. Ich habe in der Litteratur bisher nur einen analogen, von Westermark beschriebenen Fall gefunden. Die retroperitonealen Sarkome sind häufiger, gehen jedoch meist vom retroperitonealen Bindegewebe aus.

(Selbstbericht.)

Herr Bulius-Freiburg: 1. Demonstration mikroskopischer Präparate.

Sie rühren her von einer älteren Frau, bei welcher erst wegen Blutungen die Abrasio mucosae gemacht worden war und gutartige Schleimhaut gefunden wurde. Neben circumscripten Knollen im Uterus bestand ein Ovarialtumor. Wegen erneuter Blutungen abdominelle Totalexstirpation des Uterus sammt der Ovarialgeschwulst, welche sich als Sarkom herausstellte. Die Knollen im Uterus hatten makroskopisch das Aussehen von Fibromknoten, mikroskopisch zeigten sich dieselben in hyaliner Degeneration, welche vom intermuskulären Gewebe ausging, während die Muskelzellen sekundär degenerirten.

2. Zur Diagnose der Tuben- und Peritonealtuberkulose.

Unter Hinweis auf Präparate von Salpingitis tuberculosa und Tuberkulose des Eierstockes bespricht Vortragender die seit Hegar's Arbeit bekannten diagnostischen Kennzeichen der Tuberkulose und weist zuerst auf die Knotenbildung im Verlauf der Tuben hin. Wenn Schauta und Chiari

diese besonders im Isthmus der Tube gefundene Knotenbildung für gonorrhoischen Ursprungs halten, so stehen dem die Beobachtungen in Freiburg und diejenigen Martin's entgegen, auch ist in Schauta's Fällen der Nachweis der Gonokokken nicht erbracht worden. Es ist zudem auffallend, dass unter 7 Fällen Chiari's 3 Mal Tuberkulose als Todesursache angegeben ist. Wenn nun auch die Salpingitis nodosa isthmica nicht in allen Fällen auf tuberkulöser Grundlage entsteht, so muss doch die Knotenbildung in den Tuben den Verdacht auf Tuberkulose erregen. Dazu kommt noch ein anderes diagnostisches Merkmal, der Nachweis kleiner Knötchen im Becken, welche, von harter Consistenz, meist auf der Unterlage verschieblich sind. Sie sitzen an den erkrankten Tuben, an den Ligamenten, hinter dem Uterus. Häufiger werden sie links als rechts gefunden. Besonders auch für die trockene Form der tuberkulösen Peritonitis sind sie charakteristisch.

Differenzialdiagnostisch kommen in Betracht: Carcinose der Bauchorgane, papilläre Eierstockscysten, Lymphdrüsen und die kleinen cystischen Transsudate an Tuben und Ligamenten, wie sie bei chronischen Entzündungen der inneren Sexualorgane beobachtet werden. Doch sind hier Verwechselungen nicht leicht möglich.

Herr B. Wolff (Leipzig): Ueber adenomähnliche Wucherungen der Tubenschleimhaut bei Tubentuberkulose.

W. demonstrirt die Adnexe einer 27jährigen, von Sänger operirten Patientin.

In dem Lumen der stark vergrösserten dickwandigen Tuben finden sich allenthalben kleine höckerige Erhebungen, an einzelnen Stellen bis bohnengrosse, markige Tumormassen. Die makroskopische Diagnose wurde danach auf Tubencarcinom gestellt. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch den für Tuberkulose charakteristischen Riesenzellenbefund. An wenigen Stellen war eine Verkäsung angedeutet.

Während die Untersuchung auf Tuberkelbacillen mit Ziehl'scher Lösung stets negativ ausfiel, konnten nach der Ehrlich-Weigert'schen Methode reichliche Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

Es handelte sich um die von Williams als unsuspekte Genitaltuberkulose bezeichnete Form einer chronischen miliaren Tuberkulose, und zwar hier zweifellos um eine primäre Eileitertuberkulose.

Ein besonderes Interesse beanspruche der Fall noch in anderer Hinsicht. Die mikroskopischen Präparate zeigten nämlich ausser den Riesenzellen reichliche, überallhin verbreitete, mit Cylinderepithel ausgekleidete drüsenähnliche Schläuche, von deren Wänden papillenartige Sprossen wie Brücken in das Lumen hineinragten. W. erklärt dieselben als Wucherung des Epithels der Tubenfalten, entwickelt auf dem Boden des durch die Tuberculose bedingten Entzündungsprocesses. Auch dieser Befund bestätige die Behauptung von Sänger und Barth, dass alle Neubildungen der Tubenschleimhaut ausnahmslos papillärer Natur sind. Da man von einem Adenom, so lange das Vorkommen von Drüsen in der Tube unsicher sei, nicht reden darf, empfiehlt W. für diese Neubildung den Namen: adenomähnliche Wucherungen. (Nach Selbstbericht.)

Herr Eberhart (Köln) demonstrirt von einer äusserst seltenen kongenitalen Missbildung, die durch ihre Grösse ein Geburtshindernis abgegeben, einen Theil, nämlich den im linken Schultergelenk exartikulirten Arm. Die Neubildung umgriff die linke Brusthälfte vollständig; hier waren die Cysten bis hühnereigross und wurden nach der Mitte zu kleiner: sie enthielten eine schokoladebraune Flüssigkeit. In der Achselhöhle fanden sich mehrere kirschgrosse Cysten mit deutlich blutigem Inhalt. Die Neubildung ging von da auf den Oberarm über, den sie vollständig umgriff und an ihm am mächtigsten nach hinten zu entwickelt war; hier enthielt sie eine hellseröse Flüssigkeit. Diese Geschwulst reichte bis zur Basis des Olekranon. Am Unterarm fand sich ferner an der Streck- und Ulnarseite eine etwa apfelgrosse Geschwulst, auch kleine Cystenkonglomerate an der Volarseite des Vorderarms.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt den schon makroskopisch angenommenen Sitz im Unterhautzellgewebe, ausserdem fanden sich auch stark dilatirte Spalten im Gewebe der eigentlichen Cutis. Die kleineren

Räume zeigten eine deutliche Endothelauskleidung, in einzelnen lagen auch riesenzellenartige Gebilde. Der Papillarkörper war verstrichen und die Cutis etwas verdünnt.

Die Geschwulst muss als Lymphangioma cystoides bezeichnet werden, in dieser Grösse ein äusserst seltenes Vorkommnis. (Selbstbericht.)

Vorträge.

Herr Döderlein-Groningen: 1. Ueber die vaginalen Operationswege.

Im Laufe der letzten Jahre ist an Stelle der Laparotomie häufiger die Colpotomie ausgeführt worden: die Einen loben die vordere, die Andern die hintere Colpotomie, jedenfalls erfordert die Colpotomia anterior die Ablösung der Blase, setzt also eine grössere Zellgewebswunde, der Zugang ist durch die Colpotomia posterior ein leichterer. Ein Vorschlag Veit's geht weiter dahin, durch Colpotomia lateralis den Operationsraum zu vergrössern, was Vortr. in einem Fall grossen Nutzen brachte.

Ganz von diesen Operationen zu trennen ist die Hysterectomie der Franzosen. Hier wird der Uterus entfernt, um weitere Operationen an seinen Adnexen vorzunehmen. Ist er mit erkrankt, so ist der Eingriff zuweilen gerechtfertigt. Wie viele gesunde Uteri werden aber auf diese Weise entfernt? Dass man aber auch bei Colpotomien gezwungen werden kann, den Uterus mit wegzunehmen, um den zur Blutstillung nöthigen Ueberblick zu gewinnen, spricht zu Ungunsten der Colpotomie. Trotzdem ist die Colpotomie eine berechtigte, wenn auch nicht leicht abgrenzbare Operation. D. giebt der Colp. posterior mit Mackenrodt den Vorzug und hält sie für erlaubt bei beweglichen, nicht zu grossen Geschwülsten im Becken. Dabei muss aber stets die Laparotomie vorbereitet sein, um bei Misslingen der Operation von unten sofort angeschlossen werden zu können. Will man bei schweren Adnexerkrankungen den Uterus nicht mitnehmen, so warnt Redner ausdrücklich vor Operiren auf vaginalem Wege, seine diesbezüglichen Erfahrungen befriedigten nicht. Die Colpotomia anterior beschränkt er auf Enukleation von Fibroiden der vorderen Wand des Uterus, Cysten, welche das vordere Scheidengewölbe vordrängen und auf eventuelle Retroflexionsoperationen, mit welcher Operation er übrigens in Zukunft recht sparsam sein wird, da er nach allen vaginalen Retroflexionsoperationen Recidive sah.

Redner schliesst damit, dass sich die Colpotomie einen dauernden Platz gesichert habe, dass aber ihre Indikationen noch bestimmter festzustellen seien.

2. Experimentelle Untersuchungen über Intrauterin-Injectionen.

Redner erinnert an die vielfach beobachteten unangenehmen Zufälle und an den jüngst von Hofmeier beschriebenen Todesfall nach Intrauterin-Injection und citirt Hofmeier's Gutachten, dass bei vorsichtiger Injection die Tuben nichts durchlassen. D. hat, um dies festzustellen, in 6 zur Totalexstirpation bestimmten Fällen experimenti causa Methylviolett, Chlorzink- und Jodlösungen in den Uterus eingespritzt. Nur in einem Fall, in welchem die Uterusschleimhaut wegen fungöser Endometritis stark verdickt war, war nichts in die Tuben gedrungen, in allen anderen war die Flüssigkeit trotz aller bei der Injection befolgter Cautelen weit in die Tuben bez. bis in die Peritonealhöhle vorgedrungen. Es ist also Vorsicht bei intrauterinen Injectionen geboten.

Ferner schildert Redner einen Fall von versuchter Fruchtabtreibung. Eine Frau, welche sich schwanger glaubte, führte sich ein Hartgummiröhrchen durch den Muttermund und spritzte ½ l Lysollösung mittels einer Clysopompe in die Gebärmutter. Von der Flüssigkeit floss nur wenig zurück, das meiste in die Bauchhöhle. Die Frau collabirte. Es konnte von D. nach 3 Stunden noch freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachgewiesen werden. Die Frau war nicht schwanger und genas.

Herr Baumm-Breslau: Indikation und Grenzen der vaginalen Operationen.

Bei malignen Erkrankungen des Utrus wird dieser von unten entfernt, wenn das Kranke auf den Uterus beschränkt ist und die Grösse des

Uterus dies erlaubt. — Bei erheblichem Uebergreifen des Krebses auf die Parametrien und Drüsen ist jede Radikaloperation als zwecklos zu unterlassen. Schwierig, ob von oben oder unten vorzugehen, ist die Entscheidung nur, wenn das Kranke wenig die Parametrien ergriffen hat. Im Allgemeinen wird hier, will man radikal vorgehen, nur die Laparotomie Dauererfolg versprechen.

Bei nichtmalignen Erkrankungen des Uterus wird dieser von unten entfernt, so lange er nicht zu gross ist.

Die vaginale Köliotomie ist für gewisse Myome sehr werthvoll. — Behufs Entfernung von Adnextumoren wird die Leistungsfähigkeit der Operation überschätzt. Sie ist viel schwieriger als die Laparotomie und bei besonderer technischer Schwierigkeit gefährlicher als diese. Die Gefahren liegen in Verletzungen der Blase, des Darmes, in Gefässzerreissungen und ausserdem in der Infektionsgefahr. Nach seinen Erfahrungen will B. nur dann Adnextumoren durch vaginale Köliotomie entfernen, wenn sie gut stielbar erscheinen, wenn sie klein oder gut verkleinerungsfähig sind und vor Allem, wenn keine starken Verwachsungen bestehen. B. zieht die Colpotomia anterior vor, wenn die anatomischen Verhältnisse nicht von selbst den Weg für die Colpotomia posterior weisen.

Ueber vaginalen Kaiserschnitt hat B. keine eigenen Erfahrungen, erinnert sich aber keines Falles, der ihm dafür geeignet schien.

Blut- und Eiteransammlungen im Becken werden nur dann per vaginam angegriffen, wenn sie sich nach der Scheide hin vorbuckeln. Sonst ist von oben extraperitoneal oder transperitoneal, ein- oder zweizeitig, je nach Lage des Falles zu operiren. Namentlich hat die zweizeitige Incision von parametrischen Abscessen B. gute Resultate ergeben

(Selbstbericht.)

Discussion.

Herr Olshausen freut sich, dass endlich einmal Front gemacht wird gegen die übermässige Ausbreitung der Colpotomie. Er hat die gleiche Erfahrung gemacht, wie andere Operateure und viele schlimme Fälle nach vaginalen Operationen gesehen bez. davon gehört. Vor allem war auch durch die Klemmen viel Unheil angerichtet worden (Darmscheidenfisteln). Die Indikationsstellung habe dahin zu gehen, dass der Uterus nach unten, die Adnexe nach oben heraus müssten. Bei sogenannten leichten Fällen kann das vaginale Operiren 10 Mal glücklich gehen, das 11. Mal unglücklich.

Bei intrauterinen Injectionen geht sicher öfters etwas durch die Tuben, die Beobachtung der Kranken kurz nach der Injection, der anfangs umschriebene Schmerz auf der einen oder anderen Seite, der sich bald ausbreitet, das nicht seltene Collabiren sind Beweise genug.

Herr Fehling bemerkt zu Döderlein, er habe vor der Colpotomie gewarnt, sie aber nicht verworfen. Bei unklarer Diagnose soll nie von unten operirt werden. Bei jungen Personen ist die Laparotomie besser, um bei Erkrankung an den Adnexen womöglich die Conceptionsfähigkeit zu erhalten. Bei älteren Personen und eitrigen Adnexerkrankungen bevorzugt er den vaginalen Weg, hier kann auch einmal der Uterus mit weggenommen werden. Besonders möchte er heute noch vor Anwendung von Klemmen warnen; wenn man sich Zeit nimmt, bekommt man mit Naht alles heraus. Definitiv ist der Werth der Colpotomie noch nicht zu entscheiden.

Herr Pfannenstiel hält ebenfalls die heutige Uebereinstimmung in der Einschränkung der Colpotomie für erfreulich und nimmt ungefähr dieselbe Stellung ein. Als Anhänger der Impfinfection verwirft er vor allem die vaginale Ovariotomie. Das heutige von Saenger berichtete Beispiel von Impfinfection sei sehr belehrend. Vaginal darf bei kleinen Tumoren und einkammerigen kleinen Cysten ohne Verwachsungen operirt werden.

Herr Martin-Berlin stimmt mit Fehling überein, dass die Verwerfung der Colpotomie noch nicht zeitgemäss ist. Die vielen schlechten Resultate rühren oft von Anfängern im Operiren her. Er selbst hat schon in den 80 er Jahren die Colpot. posterior gemacht, später die anterior und ist jetzt bei dieser geblieben. Sie darf nicht bei umfangreichen Tumoren im Becken, nicht bei zu starken, hinten oben sitzenden Verwachsungen

gemacht werden. Für die vaginale Operation eignen sich dann immer noch eine Reihe Fälle, welche besser und ungefährlicher von unten zu operiren sind. Ihm ist es freilich gelungen, auf vaginalem Wege hohe Darmadhäsionen noch zu lösen, ungeübteren Operateuren möchte er solche Fälle nicht wünschen. Der Uterus muss jedenfalls bei Adnexoperationen erhalten werden. Nebenverletzungen leugnet er keineswegs, doch berechtigen sie nicht, die Operation über Bord zu werfen, sie passiren auch beim Operiren von oben. Die Klemmen hat er möglichst vermieden, er kam fast immer mit der Naht aus und empfiehlt wenn möglich immer den peritonealen Abschluss nach oben. M. hat in 454 Fällen vaginal operirt und verlor nur 4 Kranke, der erste Todesfall geschah nach 208 Operationen. Eine Kranke starb an Ileus (hier war der ganze Darmtractus allseitig verwachsen), eine an Pneumomie, 2 an Sepsis. Unglücksfälle, wie sie auch bei Koeliotomien vorkommen, berechtigen noch nicht zu einem Anathema.

Herr Chrobak-Wien betont ebenfalls die Gefahren der vaginalen Operationen; oft erkennt man die Nebenverletzungen nicht, weil man sie nicht sehen kann, wie das bei einer Laparotomie möglich ist. Wegen Myom hat er 87 Mal die vaginale Totalexstirpation gemacht mit 5 Todesfällen. Die Grösse des Myoms schreckte ihn nicht, wenn man nur an den Tumor heran konnte, um ihn zu fassen, die harten Tumoren, die weit über dem Beckeneingang liegen, sind also ungeeignet für die vaginale Operation. Für letztere stellt er ausserdem zwei dringende Postulate auf: 1. muss alles zur Laparotomie vorbereitet sein, bevor man zu operiren beginnt; 2. Darf man der Patientin nie vorher versprechen, die Operation nur von unten auszuführen, man muss ihr sagen: „ich werde es machen, wie es am besten geht und für Sie am besten ist".

Herr Wertheim-Wien berichtet, dass die an der Klinik von Schauta mit der Colpotomie gewonnenen Erfahrungen günstige seien. Die Combination der vorderen und hinteren Colpotomie sei, wie er schon früher behauptete, die höchste Vollendung der vaginalen Methode. Es sei zwar schwieriger, vaginal zu operiren, aber befriedigender, weniger gefährlich in Bezug auf Infection. Contraindicirt sei die Colpotomie bei im Becken entwickelten subserösen, intraligamentären Tumoren und bei solchen, welche sehr hoch liegen und fest verwachsen sind. Sonst gelingt die vaginale Operation und selbst grosse Myome liessen sich von unten entfernen. Von den Klemmen machte man grundsätzlich keinen Gebrauch, immer wurden Ligaturen verwendet.

Herr v. Rosthorn-Prag. Bei schweren Erkrankungen der Gebärmutteranhänge mit diesen auch die Gebärmutter zu entfernen, ist besonders von Frankreich aus empfohlen und auch in Deutschland sind solche Operationen auf vaginalem Wege erprobt bez. ausgeführt worden. Dieser Weg bietet eine Reihe Vortheile und wurde auch von ihm selber längere Zeit gewählt, doch widerstrebte ihm immer das unreine Operiren, das häufige Zerfetzen der erkrankten Theile, die Verunreinigung des Operationsfeldes mit Eiter. Ein Todesfall bei einer unvollendet gebliebenen Operation wegen Pyosalpinx liess ihn wieder zum abdominalen Wege zurückkehren. Er verband jedoch hier mit der Exstirpation der Adnexe diejenige des Uterus, was leicht gelang, sobald nur die Adnexe frei präparirt waren. Die Incision braucht nicht gross zu sein, die Adhäsionen sind unter Leitung des Auges zu lösen; bei Zerreissung eines Eitersackes kann die Bauchhöhle gut geschützt werden, die Drainage wird durch die Scheide geleitet, die Peritonealhöhle kann bei fehlender Infection nach oben abgeschlossen, die subperitoneale Raum nach unten drainirt werden. Redner demonstrirt eine Reihe einschlägiger Präparate, meist von gonorrhoischer Infection herrührend. Er hat 15 Fälle auf diese Weise operirt, der Heilungsverlauf war ein glatter, die Kranken verliessen nach 14 Tagen das Bett, Bauchwandbrüche sind wegen der kleinen Incision nicht besonders zu fürchten. Redner empfiehlt diese Methode. Bei Eiteransammlungen im Becken, wo an eine Exstirpation des ganzen Sackes nicht gedacht werden kann, wird derselbe an der günstigsten Stelle incidirt und ausgiebig drainirt. (Nach Selbstbericht.)

Herr Küstner-Breslau: Ueber Freund'sche Operation bei Krebs.

Vortragender stellt zunächst die Indikationen fest, weswegen er von oben operirt hat: 1. wegen bedeutender Grösse des Uterus, 2., wegen zu enger Vagina, 3., wegen Zerreisslichkeit des vom Krebs ergriffenen Cervix und 4. wegen starker peritonealer Verwachsungen Die Freund'sche Operation ist jedenfalls die leistungsfähigste, weil man bei ihr auch die benachbarten Lymphdrüsen wegzunehmen versuchen kann, was freilich nicht immer möglich ist.

Sie tritt aber deswegen noch nicht für die vaginale Totalexstirpation ein, dazu ist sie viel zu gefährlich, Freund hat 31,6 pCt. Mortalität, er selbst und Zweifel noch 25 pCt. Sie ist aber nicht durch das Carcinom bedingt, nicht Shock, nicht Blutung, nicht technische Schwierigkeiten sind zu beschuldigen, die Sterblichkeit ist so gross, weil der Uterus carcinomatosus septisch sein kann, wie Menge's Untersuchungen beweisen. Desshalb sieht man so oft wegen Höhlencarcinomen Operirte fiebern. Es ist daher auf die Wundbehandlung Gewicht zu legen: Er sah in 4 Fällen von einfacher Tamponade der Laquear-Peritonealwunde nach unten 2 Todesfälle, in 5 Fällen von Naht des Bauchfells über den Stümpfen 5 Todesfälle und in 7 Fällen von Naht und Tampondrainage nach oben (Mikulicz) 7 Heilungen.

Herr Winter: Mittheilungen über die Behandlung des Uteruskrebses mit Chelidonium majus.

Unter Hinweis auf die ausführliche demnächst im Centr. f. Gyn. erscheinende Mittheilung berichtet W. heute nur soviel, dass er das Mittel in 14 Fällen mit negativem Erfolg angewendet hat und warnt davor.

Herr Mackenrodt: Ueber Exstirpatio uteri.

Die ersten Versuche der Totalexstirpation auf vaginalem und abdominalem Wege von Sauter, Gutberlet, Langenbeck bis in die Mitte dieses Jahrhunderts (I. Periode) waren so schlecht, dass ein gewissenhafter Arzt die Operation nicht machen durfte. Die Ursache lag in den mangelhaften topographischen Kenntnissen und der technischen Unzulänglichkeit der Operateure. Die II. Periode beginnt mit der Wiederaufnahme der Gutberlet-Langenbeck'schen abdominalen Uterusexstirpation durch Freund. An der Ausbildung der vaginalen Operation auf Grund der alten Sauter-Recamier'schen Technik betheiligten sich die grossen Meister der Chirurgie und Gynäkologie, die zum grossen Theil noch unter uns weilen. Die Resultate wurden immer besser bis zur fast völligen Lebenssicherheit wenigstens der vaginalen Operation. Hierfür war nicht allein die Antisepsis, sondern vor Allem die verbesserte Technik und die exakteren chirurgischen und topographischen Kenntnisse der ausschlägige Grund. Die I. Periode operirte mit consecutiver Blutstillung, die II. mit präventiver Ligatur. Späterhin traten als Ersatz der Ligatur die Klemmen ein. Je beweglicher der Uterus, je weiter die Scheide, desto leichter ist die präventive Blutstillung durch Ligaturen oder auch durch Klemmen; je mehr der Uterus immobilisirt ist, desto schwieriger wird die Anlegung der Ligaturen, desto mehr treten die Vortheile der Klemmenbehandlung hervor, die für solche Fälle als eine wichtige Bereicherung der operativen Mittel zu betrachten ist. Die Gefahren der Operation steigen mit den Schwierigkeiten ihrer Ausführung. Die forcirten Operationen sind auch die gefährlichen. Um bei immobilisirtem und verwachsenem Uterus die weniger gefährliche vaginale Totalexstirpation noch zu ermöglichen, hat man zu Zerstückelung und medianer Spaltung des Uterus gegriffen.

Für die allerschwierigsten Fälle, Komplikationen durch Verwachsung mit Adnextumoren und Därmen, Parametritis lateralis und posterior sind auch die Klemmen unzulänglich. Hier ist die Laparotomie wohl noch im Stande, den Uterus zu entfernen, aber die Gefahren sind enorm.

In diesen schwersten Fällen giebt es einen Weg, der ohne Forcirung die vaginale Operation noch ermöglicht, das ist die Aufgabe der präventiven Blutstillung, der Zerstückelung und Spaltung, der Umstülpung des Uterus, welche allein, ob mit Ligaturen oder Klemmen ausgeführt, Beweglichkeit des Uterus und Raum in der Scheide voraussetzen. Die Doyen'schen Versuche, sich von der präventiven Blutstillung freizumachen, sind nicht weitgehend genug. Man kann den selbst völlig immobilisirten Uterus aus seinem Lager herauspräparieren, ohne eine einzige präventive Blutstillung und ohne nennens

werthe Blutung, wenn man, sich dicht an die Uterussubstanz haltend, womöglich noch in ihr selbst schneidet. Hat man so ohne alle Mühe in wenigen Minuten den Uterus heraus, so lassen sich nicht bloss die verwachsenen Tumoren in leichtester Weise entfernen, sondern auch jede etwa spritzende Blutung ganz leicht durch Fassen mit der Klemme und sofortige Unterbindung stillen. Jede Spaltung oder Umstülpung des Uterus würde die grosse Einfachheit des Verfahrens nur kompliciren und stören. Ich habe das Verfahren seit Jahren erprobt und wende es eigentlich in jedem Falle an, in welchem es sich nicht um eine maligne Erkrankung handelt. Die hierdurch gegebene technische Vereinfachung der Operation ist so bedeutend, dass sich selbst schwierigere Fälle in 5—10 Minuten ohne alle Eile erledigen lassen.

Ganz andere Wege hat die Technik bei malignen Erkrankungen zu wandeln. Hier muss möglichst weit ab vom kranken Uterus die Durchschneidung und Versorgung der Ligamente vorgenommen werden. Es muss ausserdem die Gefahr der Impfinfektion vermieden werden. Nachdem keine der vorgeschlagenen Operationsmethoden auch nur die geringste Verbesserung der traurigen Endresultate bei Carcinom gebracht hat, habe ich mich seit $2^1/_2$ Jahren ausschliesslich des Feuers zur Totalexstirpation bedient. Es wird keine blutende Wunde gemacht, alle Lymphgefässe werden gleichzeitig mit ihrer Durchtrennung durch den Brenner verschlossen, die ganze Exstirpationswunde in einen Brandschorf verwandelt. Die Resultate dieses Vorgehens sind die, dass wir innerhalb von $2^1/_2$ Jahren kein einziges örtliches Recidiv beobachtet haben. Es ist überhaupt erst eine der überlebenden Operirten nachträglich zu Grunde gegangen, ohne örtliches Recidiv, wahrscheinlich an Magencarcinom. Das ist ein glänzendes Resultat, wenn wir auch erst nach 3 weiteren Jahren ein endgültiges Urtheil fällen dürfen. Die ersten Fälle habe ich mittels des Paquelins operirt: dieser Brenner ist jedoch nicht recht geeignet. Die weiteren Fälle bis zum 30. sind mit dem früher von mir beschriebenen galvanokaustischen Glüheisen (von Hirschmann, Berlin) behandelt, welches sich vortrefflich bewährt hat, aber nur dann zu empfehlen ist, wenn man Anschluss an eine elektrische Centrale hat.

Um die Operation unabhängig zu machen von derartigen Einrichtungen, habe ich die letzten Fälle und auch einen heute früh in Sänger's Klinik mit besonders konstruirten Glüheisen operirt, die über einem 3 flammigen Gasstichbrenner unter Zuhilfenahme eines kleinen Tretgebläses innerhalb 1 Minute glühend werden.

Von 3 glühenden Eisen nimmt man sich abwechselnd nach Bedarf eines. Die Funktion dieses einfachen Apparates ist absolut sicher. (Der Apparat ist bei Windler, Berlin, für 40 Mark zu haben.) Ich halte die Benutzung dieser Glüheisen für ebenso einfach wie den Galvanokauter. Nebenverletzungen sind in der Lehrzeit vorgekommen, sind aber bei einiger Vorsicht mit Sicherheit zu vermeiden. Die Mortalität ist etwas höher, als bei den übrigen vaginalen Methoden, aber lange nicht so hoch, wie diejenige, welche die Tabelle Küstner's über die Freund'sche abdominale Operation aufweist.

Die Zukunft gehört unter allen Uteruscarcinomoperationen (vielleicht auch bei Rectumcarcinom) allein der Igniexstirpation, zu deren weiterer Ausbildung ich Sie Alle einlade. (Selbstbericht).

Herr Rosinski-Königsberg: Zur Uebertragbarkeit des Krebses.

Im Anschluss an eine einschlägige klinische Beobachtung von Impfmetastase eines Carcinoms in einem durch Pessar bewirkten Decubitus beweist Redner die Uebertragbarkeit des Krebses, welcher keine mikroparasitäre Krankheit ist. Die Uebertragung kommt nicht durch die Lymphwege zu Stande, die überimpfte Geschwulst bot aber alle malignen Eigenschaften des Krebses, auch der Metastasen. Sein Fall ist analog demjenigen von Niebergall. Die Lehre, welche daraus zu ziehen ist, bedeutet zunächst die Unhaltbarkeit der Hypothese Klein's. Die Krebsmetastase ist an die Krebszelle gebunden, sie wird fortgeschwemmt und setzt sich am Ort der Metastase fest. Ueber die Natur der Epithelzelle weiss man noch wenig, sie ist aber nicht inficirend, sondern wahrscheinlich nur in ihren biologischen Eigenschaften alterirt. Was den Anstoss dazu giebt, weiss man noch nicht.

Herr Rossier-Lausanne: Ueber Extrauterinschwangerschaft. Redner beschränkt sich bei der Kürze der ihm gegebenen Zeit darauf, die verschiedenen Ansichten über die Therapie der ectopischen Schwangerschaft kurz zusammenzufassen und referirt über die Resultate von 18 Fällen, welche Prof. Roux in Lausanne operirt hat. Indem wir auf das ausführliche Auto-Referat im Centralbl. f. Gyn., No. 25, bez. auf den Originalbericht der deutsch Ges. f. Gynäkologie verweisen, geben wir nachstehend die Schlüsse, welche R. aus seinen Beobachtungen zieht:

1. Nach gestellter Diagnose auf ektopische Schwangerschaft, nach Berstung derselben oder nach abdominellem Abort soll man so schnell wie möglich die Laparotomie und nur in besonders günstigen Fällen die Kolpotomie ausführen.

2. Bei Haematocele ist das Abwarten gefährlich wegen immer bestehender Gefahr einer plötzlichen, tödlichen Blutung, wie der eine meiner 2 Todesfälle beweist, im Gegensatz zu der sehr optimistischen Annahme Condamin's und Laroyenne's.

3. Bei Hämatocele ziehe ich im Allgemeinen die Laparotomie der Kolpotomie vor wegen der Möglichkeit einer gründlicheren Operation.

4. Bei bestehender Infektion, bei Abscessbildung behält der vaginale Weg sein volles Recht; der Uterus soll aber, im Gegensatz zu Segond's Ansicht, geschont werden.

5. Der Operateur soll das konservative Verfahren Martin's immer im Auge behalten, um es, wenn nur möglich, auszuführen.

Herr Gottschalk: Zur Lehre von der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta.

Vortr. erörtert die Frage von der ätiologischen Bedeutung der Nephritis, bezw. der Schwangerschaftsniere für diese folgenschwere Schwangerschaftsstörung.

Die herrschende Ansicht ist heute die, dass sowohl die chronische Nephritis wie die Schwangerschaftsniere in gleicher Weise eine ätiologische Rolle hier spielen, indem durch die Nierenstörungen regressive Veränderungen des Endometriums herbeigeführt würden, welche durch lockere Beschaffenheit und degenerative Veränderung der Decidua zur vorzeitigen Lösung der Placenta führen könnten (v. Weiss).

Lassen sich aus dem Wesen der chronischen Nephritis ohne Weiteres derartige Folgeveränderungen an der Decidua basalis verstehen und begründen, so gilt das Gleiche nicht für die Schwangerschaftsniere. Die Nierenstörung sei hier zu transitorisch, als dass sich aus ihr Blutungen in die Decidua, exsudative Veränderungen an der Placentarhaftstelle herleiten liessen. Auch lieferten die bisherigen Beobachtungen keinen Anhaltspunkt dafür, dass in den Fällen von Schwangerschaftsniere, in denen es zur vorzeitigen Lösung kommt, etwa um besonders schwere Fälle gehandelt habe, die Neigung bekundet hätten, in echte Nephritis überzugehen. Auch müsse man sich, wenn wirklich die Schwangerschaftsniere derartige Veränderungen machen könne, fragen, warum denn die vorzeitige Lösung ein so seltenes Ereignis im Verhältnis zur Häufigkeit der Schwangerschaftsniere darstelle. Die Veränderungen, welche G. in einem einschlägigen Falle, der unter dem klinischen Bilde der Schwangerschaftsniere einherging, in der maternen Placenta vorfand, veranlassten ihn, zu erörtern, ob der Zusammenhang zwischen vorzeitiger Lösung und Schwangerschaftsniere nicht vielmehr derart sein könne, dass die aus anderen Ursachen bedingten Veränderungen an der Placentarhaftstelle sowohl die vorzeitige Lösung als auch die vorübergehende funktionelle Nierenstörungen vermitteln, welche sich klinisch unter dem Bild der sog. Schwangerschaftsniere kundgiebt. Die Veränderungen, welche G. fand, sind wesentlich regressiver Art, ganze Bezirke des maternen Placentarantheils sind einer rasch fortschreitenden Nekrobiose anheimgefallen, die stellenweise bereits einer vollkommenen Nekrose Platz macht; das nekrobiotische Gewebe ist vielfach von frischen Blutergüssen durchsetzt. Anhaltspunkte dafür, dass diesen degenerativen Veränderungen exsudative vorausgingen, waren nicht vorhanden. Des Weiteren bekundeten sich die Veränderungen in hochgradiger Thrombosirung der die Zwischenzottenräume speisenden grösseren serotinalen Gefässe, insbesondere der Arterien. Im

Bereich der Thrombosirung ist die Gefässwand abgestorben, die Thromben sind theils frisch, theils älterer Natur, vielfach bereits organisirt. Die hochgradigen regressiven Veränderungen lässt G. in Folge ungenügender Ernährung zu Stande kommen, in der Weise, dass fasst alles zuströmende Blut, ohne vorher die erforderliche Menge an die Decidua selbst abgegeben zu haben, in die Zwischenzottenräume abströmt.

G. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgendem Ergebnis im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung:

1) In Folge ungenügender Ernährung der Decidua basalis können im Verlauf der zweiten Schwangerschaftshälfte so ausgedehnte nekrobiotische Vorgänge in der Decidua basalis Platz greifen, dass dadurch einerseits die Verbindung zwischen Placenta und Haftstelle gelockert, andererseits durch Anhäufen von Zerfallsprodukten im cirkulirenden Blut, welche im Wesentlichen durch die Nieren wieder ausgeschieden werden müssen, funktionelle Nierenstörungen nach Art der sog. Schwangerschaftsniere herbeigeführt werden können. Vorzeitige Placentarlösung und Schwangerschaftsniere entwickelt sich auf dieser Basis um so leichter, wenn die Ernährungsstörungen in der Decidua gleichzeitig zu ausgedehnter Verstopfung grösserer arterieller Bahnen geführt haben.

2) Die ätiologische Bedeutung, welche der chronischen Nephritis für die vorzeitige Placentarlösung zukommt, gilt nicht für die Schwangerschaftsniere. Beide sind zu trennen. (Selbstbericht)

Herr v. Franqué (Würzburg): Ueber histologische Veränderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum Tode der Frucht.

Im Anschluss an früher (Zeitschrift No. 28) veröffentlichte Beobachtungen wird berichtet über nun im Ganzen 65 Untersuchungen pathologischer Placenten: es hat sich dabei in Uebereinstimmung mit den von Merttens vertretenen Anschauungen ergeben, dass partielle und totale Obliterationen der fötalen Gefässe nach dem Absterben der Frucht, einerlei aus welchem Grunde dasselbe erfolgte, sich in der Regel einstellen; mitunter gesellen sich auch Vorgänge aktiver Zellproliferation im Chorion und Amnion hinzu, so dass das histologische Bild einer Choriitis und Amnionitis entsteht Ganz die gleichen Vorgänge an den Gefässen und im Stroma konnten jedoch auch an Placenten von Früchten nachgewiesen werden, welche ganz kurz oder erst während der Geburt absterben, so dass die Veränderungen intra vitam foetus entstanden sein mussten. Die Bilder starker. zur Verengerung und Verschliessung der Gefässe führender Endovasculitis, so wie der Choriitis und Amnionitis fanden sich jedoch auch bei Früchten, welche lebend geboren wurden, aber schlecht entwickelt waren, und bald darauf starben. Ob daher histologische Veränderungen der Placenta Ursache oder Folge des Absterbens der Frucht sind, ist im Einzelfalle meist nur dann zu entscheiden, wenn der klinische Verlauf und der Obduktionsbefund des Kindes genau bekannt ist.

Bezüglich der luetischen Infektion ergab sich 1) dass dieselbe auch bei der Aetiologie der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta zu nennen ist, 2) dass in sonst normalen Placenten Lues zum Ausdruck kommen kann einerseits durch Chorioitis und Amnionitis, andererseits durch isolirte Endo- und Perivasculitis der Zotten ohne Granularhypertrophie (beides bei lebend geborenen Kindern).

Entzündliche Veränderungen können von der Placenta materna auf den intervillösen Raum (ein Fall von spontaner Frühgeburt eines lebenden Kindes nach habituellem Abortus und auf die Placenta foetalis übergehen.

Bei lebend geborenen Kindern macht sich die Placentarerkrankung in der schlechten Entwicklung und Ernährung der Kinder geltend.

(Selbstbericht.)

Herr Amann jr.-München. Ueber Uretereneinpflanzung in die Blase auf abdominalem Wege.

Durch die Vervollkommnung der vaginalen Operationsmethoden ist es in einzelnen Fällen gelungen, Ureterenfisteln, welche in den Uterus oder die Scheide mündeten, zu heilen. Die vaginale Operation solcher Fisteln ist aber nicht immer durchführbar, am wenigsten bei narbiger Verengerung der

Scheide oder wenn die Fisteln in starres Gewebe eingebettet sind. Hier umgeht man die früher empfohlene Nierenexstirpation dadurch, dass man den kranken Ureter auf abdominalem Wege in die Blase einpflanzt. Diese Operation wurde zuerst von Novaro ausgeführt, dann von Krause, Kelly und besonders von Witzel zweckmässig modificirt. Amann hat dieselbe in zwei Fällen, die vaginal nicht zu operiren waren, erfolgreich ausgeführt. In steiler Beckenhochlagerung wurde nach Oeffnung der Bauchhöhle der betreffende verdickte Ureter an seiner Kreuzungsstelle mit der A. iliaca comm. aufgesucht, das Peritoneum dort 2 cm lang eingeschnitten und ein Stück des Ureters stumpf herausgeschält. Durch Zug an diesem Stück konnte man erkennen, wo der Ureter in die Narbenmasse am Cervix mündete. Dort wurde ebenfalls das Bauchfell eingeschnitten, das unterste Stück des Ureters ausgeschält, doppelt unterbunden und durchschnitten. Nun wurde der ganze untere Ureterabschnitt durch den Schlitz an der Kreuzung der Iliaca nach oben herausgezogen, das Peritoneum von der quer gespaltenen Bauchwunde aus entlang der linea innominata bis zum Peritonealschlitz unterminirt und mittels Kornzange das freie Ende des Ureters auf diesem neuen extraperitonealen Wege nach aussen geleitet. Die Blase wurde dann bis zur Darmbeingrube der betreffenden Seite mittels dicken Katheters heraufgeschoben und mit Nähten an der Beckenwand fixirt. Jetzt wurden die peritonealen Schlitze wieder geschlossen, das Peritoneum der Bauchwand vereinigt und dann erst das Ureterende schräg in ein entsprechendes Loch der Blase implantirt und die Bauchhaut bis auf eine kleine Drainageöffnung an der Einpflanzungsstelle geschlossen. Die Einpflanzungsstelle liegt nach dieser Methode ganz extraperitoneal und ist selbst bei nicht primärer Heilung leicht erreichbar für Nachoperationen. Die Methode, welche die Nierenexstirpation somit umgeht, wird für geeignete Fälle zur weiteren Prüfung empfohlen.

(Nach Selbstbericht.)

Nachdem alle angekündigten Vorträge und Demonstrationen bis auf drei, nur theoretischen Inhaltes, gehalten worden sind, schliesst Herr Zweifel, auf dieses erfreuliche Ergebniss hinweisend, den VII. Congress. Im Auftrage desselben dankt Herr B. S. Schultze Herrn Zweifel für die sichere und liebenswürdige Leitung desselben und bringt auf ihn als den Vorsitzenden des Congresses und auf Herrn Sänger, als den derzeitigen Vorsitzenden der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig, ein dreifaches Hoch aus, in welches die Versammlung freudig einstimmt.

Bericht über die Hauptthemata des XV. Kongresses für innere Medicin.

Von Dr. STRUBE
(Berlin).

Dem XV. Kongress für innere Medizin, der vom 9.—12. Juni in Berlin tagte, lagen drei Hauptthemata zur Erledigung vor, von denen am ersten Verhandlungstage zur Besprechung stand: „Der chronische Gelenkrheumatismus und seine Behandlung“ mit den Herren Bäumler (Freiburg i. B.) und Ott (Marienbad) als Referenten. Herr Bäumler beschränkte sein Thema auf die unter den Begriff der Polyarthritis oder Arthritis deformans fallenden Krankheitsformen, unter Abtrennung der seltenen Fälle, wo ein akuter Gelenkrheumatismus chronischen Verlauf nimmt. Die Polyarthritis deformans, so führte der Redner aus, ist charakterisiert durch chronischen Verlauf, multiples Befallensein der Gelenke, Abwesenheit der Herzkomplikationen, frühes Auftreten und hochgradige Entwicklung destruierender und regenerativer Processe in den Gelenken. Eine einheitliche Aetiologie existiert nicht, zahlreich sind

prädisponierende Momente, gegeben in äusseren Schädlichkeiten, nervösen Störungen, Stoffwechselanomalien.

Das weibliche Geschlecht wird vorwiegend befallen und nicht selten besteht ein Zusammenhang mit Sexualorganleiden. Eine infektiöse Natur ist trotz mancher scheinbar positiver Befunde unwahrscheinlich.

Herr Ott besprach die Behandlung, die empirisch-symptomatischen Charakter trage. Es müssen die vielfachen medikamentösen, hydrotherapeutischen, balneologischen, mechanischen und elektrotherapeutischen Proceduren nach und nebeneinander benützt werden. Ein Schema und eine Klimax des Empfehlenswerten giebt es nicht.

Am zweiten Tage sprach Herr Unverricht-Magdeburg als Referent über das Thema: Epilepsie. Redner bekannte sich als eifrigen Verfechter der Theorie, welche ausschliesslich die Hirnrinde als Ausgangspunkt der epileptischen Krämpfe ansieht. Er führte hauptsächlich seine eigenen Versuche ins Feld, in denen er experimentell Epilepsie erzeugt und die Anfälle durch Rindenabtragung modificiert und zum Schwinden gebracht hat. Der Einfluss dieser experimentellen Epilepsie auf Atmung, Blutdruck etc. wurde ausführlich geschildert. Redner glaubt sich aus allgemeinen physiologischen Gesichtspunkten und gestützt auf klinische Thatsachen berechtigt auch beim Menschen eine ausschliessliche Genese der Epilepsie in der Hirnrinde annehmen zu dürfen und verwirft die subkortikale und medullare Theorie.

Als Verfechter einer gemischten Genese von Rinde und tieferen Centren her sprach Herr Binswanger-Jena auf Grund eines grossen klinischen Beobachtungsmaterials.

Herr Flechsig-Leipzig brachte interessante Stoffwechsel-Versuche über den Antagonismus von Chlornatrium und Bromsalzen vor, welche für die Bromtherapie Bedeutung gewinnen können, sowie Versuche und Erfahrungen über Opium-Bromtherapie. Für letztere sprachen sich auf Grund klinischer Beobachtungen auch die Herren Rumpf-Hamburg und Jolly-Berlin aus.

Das letzte Referat des Kongresses, „die Basedow'sche Krankheit", behandelte am dritten Verhandlungstage Herr Eulenburg-Berlin. Nach Präcisierung des Krankheitsbegriffes und kritischer Beleuchtung der verschiedenartigen Theorien über dieselbe, die hauptsächlich als hämatogene, neurogene, thyreogene Theorie bekannt sind, erklärte sich Herr Eulenburg für eine die brauchbaren Argumente aller drei Ansichten benützende Theorie. Danach soll das Primum eine Aenderung der Blutmischung, das Secundum eine durch diese bewirkte Sekretionsanomalie der Schilddrüse, qualitativer und quantitativer Art, das Tertium eine Toxinwirkung dieses veränderten Sekretes sein, die sich hauptsächlich am Nervensystem bemerklich macht. In therapeutischer Hinsicht bleibt Eulenburg bei dem alten medikamentös-diätetischen Verfahren und will nur in Ausnahmen die Operation zulassen.

Die Diskussion brachte interessante Aufklärungen über den Stoffwechsel bei der Basedow'schen Krankheit durch die Herren Mathes-Jena, Magnus Levy-Berlin, Fried. Müller-Marburg, aus denen hervorgeht, dass ein vermehrter Eiweisszerfall und eine gesteigerte Oxydation sich bei diesem Leiden vollzieht.

Vier Redner waren von der Leitung des Kongresses zu Vorträgen aufgefordert. Von diesen führte Herr Ewald-Strassburg Versuche an einem Hunde vor, welche das Bestehen eines Centrums für den Muskelsinn im Labyrinth beweisen sollen.

Herr Benedikt-Wien berichtete über die Verwerthung der Röntgendurchleuchtung für die innere Medizin.

Mit den Herren Behring-Marburg und Liebreich-Berlin kamen zwei Richtungen der Therapie zur Sprache, die, wie sich bei der Verhandlung zeigte, in einem gewissen Antagonismus stehen.

Herr Behring sprach über „experimentell begründete ätiologische Therapie".

Nach kurzer Kritik der früheren therapeutischen Richtungen erklärte Redner die neue ätiologische Richtung als das Bestreben, diejenigen Mittel, welche die Natur im Kampf gegen die Mikroorganismen erzeugt, zur Anwendung zu bringen: die Heilsera. Bisher ist das allerdings gelungen nur in den Krankheiten, in denen es sich um Toxinwirkungen handelt, die erfolgreich durch Antitoxine bekämpft werden können, so: Diphtherie, Tetanus, vielleicht Pest, Pyocyaneus-Infection. Wo die Bakterien selbst, nicht ihre Toxine, das schädigende Moment sind, ist die Wirkung von Antitoxinen erfolglos: Antistreptokokkenserum. Die Tuberkulose ist bisher mit Toxinen behandelt worden. Behring bezweifelt, dass auf diesem Wege, auf dem auch der zweite Versuch Koch's liegt, ein Erfolg zu erreichen sei, er selbst ist im Begriff, Antitoxin für die Tuberkulose herzustellen.

Herrn Liebreich's Vortrag „Ueber die Ziele der modernen medikamentösen Therapie" führte nach Erledigung der Frage, wie weit wir von der Empirie bei Anwendung von Medikamenten abhängig seien, wie weit Chemie und Physiologie zu einer wissenschaftlichen Grundlage der Therapie mit Medikamenten geführt haben, zu einem Vorstoss gegen die Serumtherapie. Herr Liebreich sprach derselben jede Berechtigung ab, speziell bei der Tuberkulosebehandlung. Die Tuberkulose hält er für einen Nosoparasitismus, da es Schwindsucht ohne Tuberkulose giebt. Nicht die Parasiten abzutöten oder ihre Giftstoffe zu paralysieren, sondern die Zellen im Kampfe gegen die Krankheit zu stärken, müsse das Ziel der Therapie sein. Er erreiche es durch Cantharidin. Auch die übrigen Versuche mit Serumbehandlung kritisierte er abfällig, dem Diphtherie- und Tetanusserum fehle die Grundlage streng beweisender Tierversuche.

In der Diskussion vermochte Herr Liebreich diesen letzten Vorwurf nicht aufrecht zu erhalten und seinen Standpunkt gegen die Herren Goldscheider und Behring nicht mit Glück zu verteidigen.

Die zahlreichen weiteren Vorträge und Demonstrationen, welche die vier Verhandlungstage brachten, enthielten keine für die Gynäkologie verwertbaren Gesichtspunkte.

Sitzungsberichte.

Gynäkologische Gesellschaft zu München.

Sitzung am 21. Mai 1896.

Vorsitzender: Stumpf. Schriftführerer: A. Mueller.

1. Klien demonstrirt ein etwa faustgrosses, ocarinaähnliches zusammengesetztes Myom, welches der hinteren Muttermundslippe aufsass. Das Bett, in welchem die breitere Basis inserirt, war etwa zweimarkstückgross. Nach Vereinigung der Schleimhaut über dem Bett bildete die Wundnaht eine den äusseren Muttermund halbmondförmig umgebende Linie. Die vordere Lippe war ein ganz dünner, ebenfalls halbmondförmiger Saum. Das Myom gehörte so, wie es sich präsentirte, dem unteren Pol der hinteren Lippe, nicht der Cervix an. Ob es auch hier, bez. in der Cervix entstanden, hält Vortr. zwar für wahrscheinlich, kann dies aber ebenso wenig beweisen wie die Annahme, dass es, in der Corpuswand entstanden, allmählich nach unten gerückt sei. Jedenfalls enthielt, soweit das klinisch festgestellt werden konnte, das kleine anteflectierte Corpus uteri keine Myome.

Die Trägerin war 52 Jahre alt, hat vier Mal geboren. Menstruationsdauer 3—4 Tage, seit zwei Jahren Menopause, die aber durch unregelmässig sich wiederholende Blutungen von 7—8tägiger Dauer gestört war. Fluor bestand nie. Seit einigen Monaten besteht lebhafter Stuhldrang und Urinbeschwerden; bei schwerer Arbeit soll der Tumor in der Schamspalte sichtbar geworden sein.

Discussion.

Klein beobachtete ein ähnliches Myom der hinteren Muttermundslippe, welches eine sehr bedeutende Ausdehnung angenommen hatte, sodass der Tumor das ganze kleine Becken ausfüllte. Der Tumor wurde stückweise abgetragen und ging nur von der hinteren Muttermundslippe aus. Erst am Schlusse der Operation konnte die freie vordere Lippe erreicht werden.

Gossmann erinnert im Anschluss an die Demonstration des Cervixmyoms daran, dass bei grossen submucösen Myomen, welche aus dem Uterus ausgetrieben und per vias naturales geboren werden, die Unterscheidung, ob man es mit einem Cervix- oder ausgetriebenen Körpermyom zu thun habe, schwer sein könne, da bei grossen Tumoren, welche die Scheide, ja den ganzen verfügbaren Raum im kleinen Becken vollständig ausfüllen — der Uteruskörper lässt sich als relativ kleiner Appendix oberhalb der Geschwulst von den Bauchdecken aus tasten — die eine oder die andere Muttermundslippe durch den beständigen Druck nahezu vollständig geschwunden und desshalb kaum zu entdecken ist.

Ferner erinnert Gossmann daran, dass der Zustand der Gangränescenz, in welchem diese grossen Tumoren meist geboren werden, eine gewisse Gefahr für die Patientin durch chronische Infection bedingt. Gossmann hat eine Patientin durch diese verloren, nachdem die schwierige, allerdings erst spät, bei dem geschwächten Zustande der Patientin ohne Narkose vorgenommene Operation durch Morcellement bereits beendigt war. Eine zweite Patientin, bei welcher Gossmann das Herabtreten des grossen Tumors aus dem Uteruskörper in die Scheide während einer monatelang fortgesetzten Behandlung mittels des Wechselstroms beobachten konnte, verstand sich, als Fieber in Folge der Gangränescenz des Tumors eingetreten war, glücklicherweise zur vorher verweigerten Operation und genas.

Theilhaber hat einen ähnlichen Fall operirt.

Klien fragt an, ob Herr Gossmann bei seinem Falle eine ausgezogene hintere Lippe constatiren konnte. Wenn dies der Fall, dann würde der Tumor nicht von ihr ausgegangen sein. Dies sei aber in seinem Falle entschieden nicht gewesen, hier ging der Tumor direct und ohne Grenze in die hintere Muttermundslippe über.

Stumpf bleibt bei der Ansicht, dass alle diese sogenannten Muttermundslippenmyome als von oben, vom Corpus aus, herabgewanderte Myome zu betrachten sind.

Klein weist darauf hin, dass auch v. Winckel auf dem Standpunkt steht, dass es Myome, ausgehend von der Portio, nicht giebt. Auch er erkennt die Theorie von den „Herabrücken der Tumoren" als möglich an. Man kann in jedem derartigen Fall nur constatieren, dass man ein Myom vor sich hat, das „zur Zeit" in der hinteren Muttermundslippe sitzt.

2. Fränkel. Demonstration einer Anzahl fötaler Teratome (fötale Parasiten).

Vortr. demonstrirte zunächst vier Epignathi aus der Sammlung der Klinik, die in ihrer Grösse stark differieren, während sie in Bezug auf Sitz und Struktur des Parasiten vielfach übereinstimmen. Der Autosit ist in allen vier Fällen wohlgebildet. Die Parasiten gehen von der rechten Seite des harten Gaumens aus, der durchweg gespalten ist. Bei den grösseren Formen ist die Zunge stark komprimirt, die Mund-Rachenhöhle stark erweitert. Der Unterkiefer ist ausgezogen. In der Medianlinie ist bei ihnen die Vereinigung beider Kieferhälften unterblieben.

Mikroskopisch liessen sich Gewebe aller drei Keimblätter nachweisen.

Ausserdem kamen noch zwei Fälle von fötalen Sacraltumoren zur Vorstellung, bei denen ebenfalls durch mikroskopische Untersuchung die Annahme nahegelegt wurde, dass es sich um rudimentäre Zwillingsföten handelt.

Discussion:

Gossmann fragt an, wie man das Zustandekommen dieser Missbildungen erkläre.

Fraenkel: Man erkläre dieselben durch Spaltung der Keimanlagen. Je nach dem Grade dieser Spaltung, oder gänzlicher Trennung derselben und eventuell späteren Wiederverschmelzung entstehen Zwillings-Doppelmissgeburten oder Parasiten.

Auf Anfrage von Gossmann setzt Fränkel kurz die Verhältnisse der eineiigen Zwillingsschwangerschaft auseinander und referirt über die herrschenden Anschauungen bezüglich des Zustandekommens derartiger Zwillingsmissbildungen.

3. Brünings: Ueber einen Fall von Herztod intra partum bei hochgradiger Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule.

(Der Vortrag ist Seite 49 dieser Zeitschrift abgedruckt.)

Discussion:

Theilhaber. Im Allgemeinen sind ernstere Störungen bei der Entbindung in Folge der Herzerkrankung recht selten. Man muss ja in Betracht ziehen dass Klappenerkrankungen ausserordentlich häufig vorkommen. — Wenn keine Störungen von Seiten des Herzens vorhanden sind, werden sie wohl häufig vom Geburtshelfer übersehen. —

Die relative Seltenheit der Störungen trotz der grossen Ansprüche, die in der Schwangerschaft und bei der Geburt an das Herz gestellt werden, erklärt sich wohl daraus, dass die Geburten doch meist in die jüngeren Jahre (20er und 30er Jahre) fallen, in eine Zeit, wo die Herzmuskulatur durch entsprechende Hypertrophie die Circulationsstörungen häufig noch zu überwinden im Stande ist. Die Mehrzahl der Compensationsstörungen pflegt sich doch erst im höheren Alter einzustellen. —

Stumpf vermuthet, dass in der Tübinger Gegend, in Folge des „Tübinger Herzens" die idiopathische Hypertrophie häufiger und vielleicht dort derartige Fälle öfter beobachtet wurden.

Gossmann ist der Ansicht, dass in den meisten Fällen, in denen ein vorher compensierter Herzfehler in der Gravidität nicht mehr compensiert werden kann, die Kohlensäureüberladung des Blutes Frühgeburt spontan bewirkt.

Mueller hat die Frau vorher in der Poliklinik behandelt und mit Digitalis und Strophanthus vorbereitet, so dass, als er sie zuletzt sah, der Puls auf 66—70 Schläge heruntergegangen war und Cyanose nicht mehr bestand.

Brünings beobachtete bei der Entbindung in der Klinik 40 Respirationen in der Minute, so dass später doch Kohlensäureintoxikation wieder vorgelegen zu haben scheint.

Stumpf hält die künstliche Einleitung der Frühgeburt für bedenklich, da der Geburtsact selbst die in der Schwangerschaft drohende Gefahr hervorruft und die Geburt schliesslich doch von selbst beginnt.

Brünings. Bekanntlich stehen sich in dieser Frage zwei Parteien gegenüber, von denen die eine den spontanen Eintritt der Geburt abwartet und nur den Verlauf unterstützt, die andere einen günstigen Moment zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wählt und die Verhältnisse durch ein gegebenes Herzmittel günstig zu beeinflussen.

Sitzung vom 18. Juni 1896.

1. Vorsitzender: Stumpf. Schriftführer: A. Müller.

Fränkel demonstrirt:

1. Ein Rundzellensarkom des Ovariums mit massenhaften durch Erweichung und Hämorrhagien entstandenen cystoiden Hohlräumen.

2. Ein Ovarialkystom mit sekundärer karcinomatöser Degeneration.

3. Ein doppelseitiges papilläres Ovarialkystom.

Discussion.

Gossmann betont die verschiedene Dignität der sarcomatösen Eierstocksgeschwülste und der sarcomatösen Geschwülste überhaupt und meint, dass nicht jede mikroskopisch als Sarcom angesprochene Neubildung als absolut maligne zu bezeichnen ist.

Amann jr. findet in dem vorgestellten Falle schon das makroskopische Aussehen, die graurothe Farbe und das allmählige Uebergehen der neoplastischen Gebiete in das Bindegewebe chracteristisch und hat dies in einer Reihe von Fällen in ganz ähnlicher Weise beobachtet.

Die Malignität könne in solchen Fällen lange Zeit klinisch gar nicht hervortreten, doch aber mikroskopisch am Präparate nachgewiesen werden; so fand A. in einem Ovarialsarkom, das er bei einer jugendlichen, sehr gut aussehenden Patientin exstirpirt hatte, im Lumen mehrerer, grösserer Venen Ballen abgesprengter neoplastischer Zellen im Blute schwimmend, was gewiss als Anfang der Metastasenbildung auf dem Wege der Blutbahn anzusehen sei.

2. Amann jr. Demonstration eines Foetus, der an Händen und Füssen durch ein amniotisches Band gefesselt ist.

Ich demonstrire Ihnen hiermit einen Foetus aus dem 5. Monate, der dadurch Interesse bietet, dass man an demselben deutlich erkennen kann, in welcher Weise die amniotischen Fäden Verunstaltungen bedingen können. Der Foetus erscheint förmlich an den vier Extremitäten gefesselt: die zum Theil schon durch feinere Abschnürungen verkürzten Finger beider Hände sind durch ein derberes Band nahe aneinander gebracht, von hier aus geht ein amniotischer Faden an die ebenfalls an den zum Theil schon abgeschnürten Zehen zusammengebundenen Füsse und zugleich mit letzteren ist die Nabelschnur durch den gleichen Strang fest abgeschnürt, was offenbar das Absterben des Foetus bedingt hat. Eine Schlinge geht noch über der rechten Knöchelgegend um den Fuss; sonst sind keine Fäden oder Veränderungen am Foetus zu erkennen.

Es ist somit eine fast symmetrische Veränderung an den Spitzen der vier Extremitäten vorhanden. Manche Autoren haben in solchen Fällen eine centrale Ursache anzunehmen geglaubt. Die Anwesenheit der Fäden lässt in diesem Falle über die Entstehung keinen Zweifel.

3. A. Müller: Colpeuryse und Ballondilatation des Cervix. Der Vortrag ist im Bd. IV dieser Monatsschrift in extenso erschienen.

Der Vortragende sucht durch mit verschiedenen Modellen aus verschiedenem Material gemachten Versuchen nachzuweisen, dass die einzigen zur Cervixdilatation brauchbaren Ballons die nach Champetier de Ribes sind. Dieselben zeichnen sich ausser durch ihre Grösse und kugelförmige Gestalt vor allem dadurch aus, dass sie nicht elastisch sind. Haben dieselben die Cervix passiert und sind geboren, so ist sicher der ganze weiche Geburtscanal erweitert. Der Vortragende combinierte die Anwendung der Ballondilatation mit Anwendung von Zug nach Mäurer, wobei er bis zu 4 kg Gewicht verwandte. Da die ursprünglichen, auch theueren Modelle diesen Zug nicht aushielten, liess er von der Firma Stiefenhofer auf demselben Prinzip beruhende festere Ballons zu billigerem Preis herstellen und um die

Füllung zu vereinfachen, einen Füllballon mit passendem Ansatzrohr mit Bajonettverschluss herstellen, so dass die Füllung ohne Pause durch continuierlichen Druck erfolgen kann. Schaden wurde auch bei Anwendung des starken Zuges nicht beobachtet.

Die Indicationen und die Anwendungsweise ist schon früher von Anderen, besonders auch von Dührssen ausführlich erörtert worden.

Die künstliche Frühgeburt leitet Vortragender zuerst mittels Einlegung eines kleinen elastischen Ballons ein und ersetzt denselben, nach einer Ausstossung durch den Ballon Champetier. Mit letzterem lässt sich auch die Colpeuryse, welche, besonders bei engem Becken zur Erhaltung der Blase sowie bei rigidem Muttermund zur Erweichung desselben empfehlenswerth ist, ausführen.

Discussion.

Theilhaber: Die beschriebene Ballondilatation hat verschiedene Uebelstände: Der Ballon ist bei enger Cervix schwer einzuführen. In einer Anzahl von Fällen platzte der Ballon, sodass ein zweiter nothwendig wurde. Bei dem hohen Preise des Ballons wird dies seine Einführung in die Praxis erschweren. Auch die Asepsis ist schwer durchführbar: Gummi verträgt wohl einmaliges Auskochen gut, nach mehrmaligem leidet jedoch seine Consistenz. Ferner hat Ref. berichtet, dass der Ballon öfter ausgestossen wurde und dann die Wehen vollständig aufhörte. In den Händen der Praktiker wird dies Instrument wohl oft grosse Cervixrupturen herbeiführen. Am meisten Nutzen wird es bei Eclampsie bringen. Bei Placenta praevia ist die Jodoformgazetamponade der Vagina vorzuziehen.

Ein in allen Fällen wirksames Mittel zur Herbeiführung der künstlichen Frühgeburt ist schwerlich erfindbar: Der Uterus verschiedener Frauen reagirt sehr verschieden auf Traumen, ja die Toleranz des Uterus einer Frau ist in verschiedenen Schwangerschaften verschieden. Wir sahen dies z. B. aus dem Umstande, dass manchmal die grössten Schädlichkeiten die Schwangerschaft nicht beeinträchtigen, ein andermal schon eine geringfügige Veranlassung zum Abortus führt. Es lässt sich dies durchaus nicht immer mit der Annahme des Vorhandenseins einer Endometritis erklären.

Ein sehr einfaches Mittel zur Herbeiführung der Frühgeburt sind die vor einigen Jahren von mir empfohlenen Glycerinstäbchen. Sie wurden bis jetzt, soweit mir bekannt, fünf Mal angewandt. In meinem Falle und bei den drei Patientinnen von Flatau war die Wirkung eine ausserordentlich prompte; bei einer Schwangeren der v. Winckel'schen Klinik versagte das Mittel. Es wäre dies immerhin noch ein Gelingen von 80 pCt., wenn man bei so kleinen Zahlen überhaupt nach Procenten zu rechnen berechtigt ist. Jedenfalls verdiente das Mittel öfter versucht zu werden.

A. Müller: Dass bei ganz enger Cervix der Ballon nicht einzuführen sei, habe er schon erwähnt und treffe dies nur bei einer Anwendung derselben, der Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu. Dann würde man mit Einlegen des Ballons in die Scheide, mit Einlegen eines kleinen elastischen Ballons in Cervix oder Uterus, oder einer der anderen Methoden beginnen. Dass man den Abortus mit dem Ballon nicht einleiten könne, sei kein Fehler desselben, da dies der Zweck derselben gar nicht sei.

Das häufige Platzen des Ballons beruhte nicht auf der Ballondilatation nach Champetier, sondern auf der energisch angewandten Zugmethode nach Mäurer. Es sollte eben probirt werden, welchem Drucke die Ballons gewachsen seien. Wer die Zugmethode anwenden wolle, müsse eben die festeren Modelle wählen. Einige der Zerreissungen beruhten auch darauf, dass der Ballon, ohne Ablassung eines Theiles seines Inhaltes das betreffende Becken nicht passiren konnte, worauf schon Champetier hinweist. Da der einfache Ballon ohne Füllballon und Verbindung nur 6—7 Mark kostet, das festere etwas mehr, während das Pariser Modell 25 Mark kostet, so ist bei der vielseitigen Verwendbarkeit derselben der Preis, auch wenn man sich zwei Stück hält, kein sehr hoher. Die Schwierigkeit, die Aseptik zu wahren, da der Gummi das Auskochen nicht allzu oft aushalte, ist nicht von Belang. Vortragender ist kein Anhänger der absoluten „Asepsis" in der Geburtshilfe und macht bei Operationen stets Lysolausspülungen der Scheide. Da ist es denn auch wohl gleichgültig, ob man den Ballon durch Kochen oder durch

Lysol etc. aseptisch macht. Ein nachträgliches Abspülen mit sterilisirtem Wasser würde auch den reinen Aseptiker zufriedenstellen dürfen.

Dass die Wehen nach Ausstossung des Ballons mehrfach aufhörten, ist bei allen anderen Methoden einer der grössten Nachtheile, auch bei Theilhaber's Stäbchen, wo dieselben nicht einmal immer auftreten. Beim Ballon Champetier hat dieser Uebelstand nicht viel auf sich, da man nach Ausstossung des Ballons jedes Mal sofort jede indicirte Operation ausführen kann, was bei keiner der anderen Methoden der Fall ist. Dass der Ballon in den Händen der Practiker viele Cervixrupturen bewirken werde, ist unwahrscheinlich. Zunächst wird überhaupt nicht Jeder die Mäurer'sche Methode verwenden und nicht leicht ein ebenso grosses Gewicht anwenden, wie Vortragender, welcher dies that, um die äusserste Höhe des erlaubten Zuges zu bestimmen, während auch geringere Kraft genügt. Auch Vortragender wendet, wie mehrfach erwähnt, bei Placenta praevia lieber die Tamponade der Scheide an, aber nicht mit Jodoformgaze, sondern, wie auch Dührssen neuerdings mit Recht verlangt, nur mit festen Wattetampons. Ueber die Theilhaber'schen Stäbchen hat Mueller selbst keine Erfahrungen. Die bei diesen so sehr zur Geltung kommende verschiedene Toleranz des Uterus ist bei der Ballondilatation besonders mit Zuganwendung ausgeschaltet.

Klien berichtet über einen Fall der v. Winckel'schen Klinik, in welchen die Theilhaber'schen Stäbchen völlig versagten. Die Flatau'schen Stäbchen sind länger, sodass die mechanische Wirkung mehr in Betracht kommt.

Stumpf begrüsst die Methode nach Champetier als Fortschritt. Während früher die mit grosser Aufregung verbundene Einleitung der künstlichen Frühgeburt sich oft bis auf 14 Tage erstreckte und bei der beliebtesten und schnellsten Krause'schen Methode leicht Blasensprengung eintrat, hat Champetier, ohne Zuganwendung in durchschnittlich 11 Stunden 40 Min. die Geburt herbeigeführt. Auch bei Wehenschwäche nach vorzeitigem Blasensprung hat er den Ballon vortheilhaft gefunden.

Gossmann glaubt, dass die Einbringung solch voluminöser und dickwandiger Ballons in die Cervix behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt ohne vorbereitende Massnahmen an der Portio nicht möglich ist und befürchtet bei forcirter Einführung derselben mittels Kornzange eine vorzeitige Durchbohrung der Eihäute.

Ferner betont Gossmann die Zweckmässigkeit des vom Vortragenden erwähnten „Uterusautofixator" nach von Engel (siehe Centralblatt 93 Seite 57), das auch ihm in vielen Fällen den Assistenten ersetzt habe.

Sitzung vom 9. Juli 1896.

Vorsitzender: Gossmann (in Vertretung). Schriftführer: A. Müller.

1. Dr. Fränkel demonstriert:

1. Einen Fall von doppelseitigem papillärem Cystom der Ovarien. Beide Tumoren sind bedeckt von massenhaften papillären Wucherungen, die anscheinend die Wand der Cysten durchsetzt haben.

2. Ein Sektionspräparat von doppelseitigem papillärem Cystom der Ovarien. Beide Tumoren sowie der Uterus sind derartig mit vollständig verklebten Darmschlingen verwachsen, dass ihre Isolierung auch bei der Sektion unmöglich war.

3. Einen Fall von mannsfaustgrossem Fibrom des Ovariums.

2. Gustav Klein. Zur normalen und pathologischen Anatomie der Gartner'schen Gänge.

Der Verlauf des oberen (proximalen) Theiles der Gartner'schen Gänge wird von den Untersuchern übereinstimmend beschrieben: Die Gänge laufen beim menschlichen Weibe in den Ligamentis latis unterhalb der Tuben und parallel zu ihnen, bei einigen Haussäugetieren unterhalb der Uterushörner bogenförmig zum Uterus hin. Besonders schön sieht man die Gänge oft noch bei erwachsenen weiblichen Schweinen. Man erkennt sie leicht als weisse Stränge; nicht immer

aber sind sie in ganzer Ausdehnung erhalten, sondern man findet auf eine Strecke hin perlähnliche Reste, oft so zahlreich und dicht, dass sie eine Perlschnur bilden: Grundlage zu uniloculären Cysten der Gartner'schen Gänge in den Ligamentis latis. Oberhalb der Gegend des Orific. int. ut. senken sich die Gänge seitlich in die Uteruswand ein. Sie bilden innerhalb der musculösen Cervixwand eine starke Krümmung und rankenförmige Ausläufer. Innerhalb der unteren Corpus- und der Cervixwand kommt es manchmal zur Bildung von vielbuchtigen Cysten. Einen solchen Fall habe ich früher (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 18) aus der Würzburger Frauenklinik (Professor Hofmeier) beschrieben.

Später hat Breus solche „cystische Myome" auf die Gartner'schen Gänge zurückgeführt, und in jüngster Zeit haben v. Recklinghausen und W. A. Freund Adenomyome der Uteruswand beschrieben, welche ebenfalls von diesen Gängen abstammen.

Es können aber auch birnförmige bis kugelige, dünnwandige uniloculäre Cysten der Gartner'schen Gänge in der Uteruswand entstehen. Beim weiteren Wachstum entfalten sie das Lig. lat. und sind diagnostisch mit Parovarial-Cysten leicht zu verwechseln; von diesen unterscheiden sie sich aber durch ihre innige Verwachsung mit der Seitenwand des Uterus. In 2 solchen Fällen gelang es mir operativ nicht, die ganze Cystenwand vom Uterus abzutrennen. Um den Uterus nicht opfern zu müssen, liess ich beidemale Theile der Cystenwand zurück. Im einen Falle war der Uterus im 3. Monate schwanger: trotz der Operation gebar die Frau rechtzeitig ein lebendes, kräftiges Mädchen. Es ist aber nötig, in weiteren Fällen zu untersuchen, ob solche Cysten auch maligne Tumoren bilden können; wenn dies der Fall ist, müsste natürlich die ganze Cyste, also auch der Uterus mit entfernt werden.

Ueber den späteren Verlauf des unteren distalen Theiles der Gartnerschen Gänge finden sich verschiedene Angaben. Im Gegensatze zu Nagel haben Groschuff und ich schon früher in einem Falle gezeigt, dass die Gänge beiderseits neben der Scheide eines $4^1/_2$ Monate alten Mädchens bis in den Hymen verliefen und innerhalb des Hymens in die Scheide mündeten. In letzter Zeit haben Bollinger und ich beim Schwein ebenfalls die Gänge mikroskopisch vom Lig. lat. bis zum Sinus urogenitalis verlaufend nachgewiesen, und Bollinger konnte sie sogar makroskopisch bis zum Sinus urogenit. präpariren. Es können deshalb auch paravaginale und hymenale Cysten von diesen Gängen abstammen. (Demonstration von Tafeln, makro- und mikroskopischen Präparaten.)

Amann jr. erwähnt, dass er eine Anzahl von innig mit der Uterussubstanz zusammenhängenden cystischen Gebilden operirt habe, die mit Sicherheit auf den Wolff'schen Gang zurückzuführen waren, indem die Lagerung derselben in der Seitenkante des Uterus bis an die Seite des Vaginalgewölbes hinab, ganz dem Verlaufe der Wolff'schen Gänge entsprach. Die Entfernung solcher Cysten macht oft die grössten Schwierigkeiten; in einem Falle hat A. den Uterus, der auch mit Myomen durchsetzt war, mit entfernt, in anderen Fällen kleine Reste der Cysten, die vom Uterus

nicht abzutrennen waren, zurückgelassen. A. wolle demnächst seine diesbezüglichen Erfahrungen genauer publiciren.[1])

Teilhaber fand eine Cyste des Hymens von der Grösse einer Bohne mit atheromatösem Inhalt.

Amann meint, dass man in Cysten, welche von der Urniere und dem Urnierengang ausgehen, stets klaren Inhalt finden müsse.

Gossmann fragt an, ob man eben vor der Operation die Diagnose auf Cyste des Gärtner'schen Ganges stellen könne. Bei der Schwierigkeit der Operation sei dies wünschenswerth, da man sich alsdann mit der Punction von der Scheide aus begnügen könne.

Klein hält die Diagnose für möglich und zwar wegen der innigen Verbindung des Tumors mit dem Uterus, obwohl Entzündungserscheinungen fehlen, und wegen der geringen Prallheit, manchmal auch wegen der länglich flachbuckligen Form, sowie manchmal wegen des Herabreichens neben der Scheide.

Amann hat einen Fall beobachtet, welcher papilläre Excrescenzen besass und somit maligne werden konnte. Er hält, da dieses Verhalten nur durch die Operation sicher erkannt werden kann, dieselbe stets für indiciert.

Geburtshülfliche Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 5. Februar 1896.

Vorsitzender: F. H. Champneys.

Demonstration von Präparaten:

Dr. Playfair: 1. In toto ausgestossene Vaginalschleimhaut, herrührend von einem Fall von Enteritis: 2. Ektopische Schwangerschaft. Dr. W. Duncan: 1. Tubenschwangerschaft. Operation vor der Berstung; 2. Doppelseitige Tubo-Ovarial-Cyste. Dr. Galabin: 1. Intraligamentäre ektopische Schwangerschaft, operiert nach 21 Jahren; 2. Tubenschwangerschaft, Operation in der sechsten Woche; 3. Intraligamentäre Schwangerschaft mit intacter Tube.

Vortrag von Harrison Cripps: Abdominale Hysterectomie mit intraperitonealer Stumpfbehandlung. Bericht über 8 Fälle. Nach der Ansicht des Vertragenden ist die operative Entfernung von Fibromen des Uterus in folgenden Fällen indiciert:

1. bei starker Blutung, wenn die gewöhnliche Behandlung erfolglos und die Oophorectomie nicht möglich ist,
2. bei starken Druckerscheinungen auf Blase und Rectum,
3. wenn die Geschwulst durch Schmerzen oder Grösse der Patientin die Erwerbung ihres Lebensunterhaltes unmöglicht macht.

C. stellt dann die extraperitoneale Stielbehandlung der intraperitonealen gegenüber. Die letztere hat ihm die besten Resultate gegeben.

Während bei der extraperitonealen Methode die Gefahr einer Sepsis geringer ist, scheint die einer Verlegung des Darmes und der Ureteren grösser zu sein, als bei der intraperitonealen Methode. Die grössere Gefahr einer Peritonitis bei der intraperitonealen Behandlung hat ihren Grund in der Möglichkeit einer Infection durch die Vagina. Um diese zu verhindern, legt Vortr. Gewicht auf 2 Punkte:

1. er macht gründliche und wiederholte Ausspülungen der Scheide,
2. schliesst er das Peritoneum sehr sorgsam über dem Stumpfe.

Bei der genannten Beschreibung der Operation betont er wiederum 2 Umstände:

a) das Erfordernis, genügend Raum zu haben, dass man, wenn nötig, durch einen ausgiebigen Bauchschnitt erfüllen kann,
b) die Methode der Gefässversorgung in den Lig. lat.

---

[1]) Siehe Amann jr., Ueber Cysten des Wolff'schen Ganges, Vortrag auf dem international. Gynäkol. Congress in Genf, Sept. 96. (Referirt in der Monatschrift).

Diese hängt wiederum davon ab, ob die beiden Blätter der Lig. lata durch eine intraligamentäre Entwicklung der Geschwulst von einander getrennt sind.

Zum Schluss folgt ein Bericht über 8 Fälle, die nach der intraperitonealen Methode operiert worden waren (bis September 1895). Sieben Patientinnen wurden geheilt, eine starb durch Infection von der Vagina an Sepsis.

Die Discussion wurde bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Den Schluss der Sitzung bildeten geschäftliche Angelegenheiten.

Dr. Braxton Hicks wurde zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt.

Sitzung vom 4. März 1896.

Vorsitzender: F. H. Champneys.

Demonstration von Präparaten:

Dr. Amand Routh: 1. Fibrom und Carcinom des Uterus. 2. Gleichzeitiges aber unabhängiges Carcinom von Corpus und Cervix uteri. Dr. Galabin: 1. Doppelseitiger Ovarialtumor während der Schwangerschaft entfernt (der eine ein Dermoid.) 2. Gleichzeitiges Carcinom und Fibromyom des Uterus entfernt durch Operation nach Baer. Dr. Sidney Turner: Gesunde rechte Niere und Reste der linken (Hydronephrose.) Dr. Lewers: 1. Missbildeter Fötus mit einem cystischen Tumor am Nacken. 2. Schnittpräparat von Chorionzotten aus einer Tubenmole.

Discusssion über den Vortrag von Harrison Cripps: Abdominale Hysterectomie mit intraperitonealer Stumpfbehandlung."

Dr. Cullingworth hebt hervor, dass der Vortrag den Wechsel schildert, welcher allmählich in der Stellungnahme der Gynäkologen gegen die Operationen bei Uterusmyom eingetreten ist. Unzweifelhaft werden diese Operationen nun häufiger vorgenommen. Dies ist bedingt durch die Verminderung der Sterblichkeit infolge der antiseptischen Methoden und der verbesserten Technik. Dann seien aber auch Fälle verzeichnet, bei denen nicht nur die Myome in der Menopause nicht aufhörten Beschwerden zu verursachen, sondern wo später gefährliche Complicationen, wie ausgedehntes Oedem, maligne Degeneration und sogar Gangrän aufgetreten sind mit tödtlichem Ausgang. Er selbst hält chirurgisches Eingreifen für nötig, erstens, wenn es sich zeigt, dass degenerative, cystische oder andere Veränderungen Platz gegriffen haben: zweitens, wenn rasches oder stärkeres Wachsthum einsetzte und drittens, wenn gerade nach der Menopause die Geschwülste sichtlich an Grösse zunehmen. Was den Infectionsmodus in dem tödtlich verlaufenden Fall des Vortragenden betrifft, so glaubt er, dass der Vortragende sich bestimmter ausgesprochen habe, als die Thatsachen erlauben. Die Angaben in den letzten zwei Zeilen des Berichtes lauten so: „Ein Todesfall an Sepsis durch Infection von der Vagina aus." Er glaube, es sei besser dies nicht als eine Thatsache einzustellen. Er sei der Meinung, dass die Vagina etwas vorschnell als Weg für die Infection beschuldigt worden sei. Dr. C. gab hierauf einen kurzen Ueberblick über seine eigenen Fälle von Oophorectomie bei Fibromen.

Dr. Peter Horrocks betrachtet die abdominale Hysterectomie mit extraperitonealer Stumpfbehandlung als eine barbarische Operation und meint, dass die intraperitoneale Methode, wenn ausführbar, bedeutend vorzuziehen sei. Er stimmt fast mit allem, was Dr. Cullingworth sagte, überein, aber frägt, über wie viel Jahre die 30 oder 40 Operationen, die er erwähnte, verteilt sind. Er hält es für unangebracht, Operationen, die in den letzten ein, zwei Jahren ausgeführt worden sind, mit früher gemachten zu vergleichen, wo die Asepsis noch nicht so völlig gesichert war. Er machte die abdominale Hysterectomie wegen Fibromen nach Baer's Methode viermal mit einem Todesfall. Die drei Heilungen boten alles, was man an Freisein von Schmerzen, Fehlen von Fieber und rascher Reconvalescenz verlangen könne. Der tödliche Ausgang war zum grossen Teil, wenn nicht ganz, durch Complication mit Nierenerkrankung verschuldet. Er glaubt nicht, dass eine Drainage der Beckenhöhle mittels eines Drainrohrs durch die Bauchwunde genügt hätte, da die geringe Menge von Serum, welche aus der Operationsstelle ausgeflossen wäre, leicht resorbiert werden konnte.

Mr. Meredith teilt die Ansicht der früheren Vorredner über die grossen Gefahren einer septischen Infection, welche die extraperitoneale Methode mit sich bringe, nicht. Seine eigenen Erfahrungen, welche sich auf fast 100 Fälle stützen, stehen ihren Auseinandersetzungen gerade entgegen. In seiner Praxis habe er kein Beispiel einer vom Uterusstumpf ausgehenden septischen Infection nach Entfernung des Drahtschnürers nebst Nadel erlebt.

Cripps habe von Darm- und Ureterverschluss berichtet als Gefahren, die die Anwendung des Drahtschnürers mit sich bringe. Redner sieht nicht ein, warum ein solches Ereignis nach einer geschickt ausgeführten Operation eintreten sollte. Was die Annahme einer Analogie betrifft, zwischen der Sachlage nach vaginaler Hysterectomie und nach sog. intraperitonealer Behandlung, so hält Meredith eine solche für falsch insofern als bei ersterer die Cervix als mögliche Quelle der Infection nicht vorhanden ist. Das Zellgewebe der Ligam. lata wird in hohem Grade durch die Ligaturen geschützt; es besteht freie Bahn für die Beckendrainage. In letzterem Falle bleibt die Cervix in situ, ihr Stumpf ist von Peritaneallappen überdeckt und schliesst unter Umständen eine Höhle ein, aus der es keinen Ausweg für das ergossene Serum oder Blut giebt ausser durch den Cervicalcanal, ein Zustand, der für die Entwicklung und Verbreitung von Sepsis, besonders wenn die anliegenden Ligamenta lata eröffnet worden sind, äusserst günstig sei. Obwohl er bereit sei, die Vorteile einer vollkommenen Methode der intraperitonealen Stumpfbehandlung anzuerkennen, werde er doch vorläufig fortfahren, den Drahtschnürer auzuwenden.

Vorsitzender: Was die Indicationen für eine Operation bei Fibromen angehe, so müsse man bedenken, dass grössere und kleinere Fibrome bei Frauen vorkommen, die sich sonst völlig wohl fühlten. Man muss daher zugeben, dass in der Mehrzahl der Fälle überhaupt keine Behandlung, noch weniger eine Operation nötig sei, als noch dazu hier eine besonders gefährliche sei. Die Zahl derjenigen Fälle, in welchen eine Operation zu rechtfertigen oder wünschenswert ist, muss, allgemein ausgedrückt, nach dem Verhältniss zwischen den bekannten Gefahren der Geschwulst und den bekannten Gefahren der Operation abgewogen werden.

Die Frage der intraperitonealen oder extraperitonealen Behandlung müsse für jetzt entschieden werden auf Grund der relativen Sterblichkeit. Wenn die extraperitoneale Klammerbehandlung noch die besten Resultate gebe, so könne sie billiger Weise nicht als eine veraltete Methode hingestellt werden. Sobald die beiden Methoden gleich gute Resultate zeigten, so seien die Vorteile der intraperitonealen Methode so offenbar, dass sie endgiltig die andere verdrängen würde. Für einige Fälle möge sie schon jetzt die bessere sein. Aber die Auswahl müsse nach der Sicherheit getroffen werden, denn er glaube, jeder würde vorziehen, bei einem „barbarischen Vorgehen" am Leben zu bleiben, als an „einem Triumph der Chirurgie" zu Grunde zu gehen.

Harrison Cripps. Kurze Erwiderung.

Zum VII. Congress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig 1897.

Die Leipziger Tagesfahrt der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie hat die daran geknüpften Erwartungen und Hoffnungen in reichstem Maasse erfüllt. Der berufene diesmalige Präsident, Geheimrat Zweifel, hat es in ausgezeichneter Weise verstanden, die wissenschaftliche Arbeit des Congresses zu einer überaus erfreulichen und erfolgreichen zu gestalten. Dazu liess die liebenswürdige Gastlichkeit, welche die Deutschen Gynäkologen in der Leipziger Klinik, an dem häuslichen Herd ihrer Leipziger Fachgenossen und in den Vereinigungen

mit ihren Leipziger Collegen genossen haben, allseitig den herzlichen Ton warmer, liebenswürdiger Collegialität erklingen, wie er so wesentlich zu der gedeihlichen Entwicklung einer Congress-Thätigkeit beiträgt.

Der schöne Neubau der Leipziger Universitäts-Frauenklinik bot alle Gelegenheit einer grossen Versammlung die Vorträge und Demonstrationen in günstigster Weise vorzuführen. Zum ersten Male wurde auch vom Skioptikon ausgiebiger Gebrauch gemacht. In den Morgenstunden wurden sowohl in der Universitäts-Frauenklinik, wie auch in der Heilanstalt von Herrn Sänger Operationen vorgeführt.

Waren die Gynäkologen bis dahin in einer mehr privaten Weise zu ihrer wissenschaftlichen Arbeit vereinigt, so wurde hier zum ersten Mal ihnen die Ehrung zu Teil, durch den liebenswürdigen und hochgefeierten Oberbürgermeister Leipzigs, Dr. Georgi, begrüsst zu werden. Ein anderes Novum wird den Leipziger Congress, dessen Präsenzliste mehr als 180 Namen trug, vor allen seinen Vorgängern und Nachfolgern auszeichnen — der seltene Hochgenuss einer Musikaufführung im Gewandhaus, welche unter Leistung eines namhaften Beitrages seitens der Stadt von der Leipziger Gesellschaft für Geburtshülfe, veranstaltet wurde, um die schwierige Inscenirung desselben hat sich Herr Zweifel, das grösste Verdienst erworben. Die Harmonie der Töne, welche Nikisch's Tactstock uns vorzauberte, und der Wohllaut der Stimme einer hochberühmten Sängerin, sie werden Allen, welche die Freude gehabt haben, das Gewandhaus-Concert mitzumachen, unvergesslich bleiben.

Die gedankenreiche Eröffnungsrede von Herrn Zweifel zum 50jährigen Gedächtniss der Einführung der Desinfection bei Geburten durch Semmelweis leitete pietätvoll die Verhandlungen ein. Dessen überlebensgrosse Büste war vor dem Rednerpulte aufgestellt. Herr Zweifel hat auch durch eine Leipziger Kunstanstalt (Meissner und Buch) ein vortreffliches Semmelweis-bildniss herstellen lassen.

Für die Arbeit des Congresses waren 2 Themata vorbereitet, welche z. Z. im Mittelpunkt der Discussion stehen: Die Retroflexio uteri und die Placenta praevia.

Die Erörterungen über Retroflexio uteri wurden durch Erläuterungen eingeleitet, mit welchen die beiden Referenten ihre gedruckt vorliegenden Ausführungen begleiteten. Die Discussion nahm, obwohl mit grosser Energie von Seiten des Vorsitzenden geführt, doch einen ganzen Tag in Anspruch. Das Endresultat muss insofern als ein befriedigendes bezeichnet werden, als es gelang, die Ansichten über die Aetiologie der Retroflexio wesentlich zu klären. Beide Referenten wiesen die Bestrebungen, die Retroflexio nicht als Essentia morbi gelten zu lassen, energisch zurück. Unter den ätiologischen Momenten wurde der angeborenen Retroflexio, sowie einer Disposition zu solcher im Wochenbett eine grosse Rolle zugewiesen. Neu erschien die Ansicht von Schultze, dass die Retroflexio u. U. auch die Ursache zur Bildung von Ovariencysten abgeben könne, während andererseits die Retropositio uteri durch Cysten nur vorübergehend sei. Aus dem Symptomenbild wurde der Ballast derjenigen Erscheinungen entfernt, welche auf die Erkrankung der Adnexorgane zurückgeführt werden müssen. Die Behandlung durch individuell zu biegende Celluloid-

Pessare wurde als die typische festgehalten. — Baumgärtner-Baden demonstrirte einen Apparat zur mechanischen Biegung von Celluloidringen; von Schultze wurde die manuelle Zurechtbiegung unterstützt von einer einfachen Biegezange bevorzugt. Es wurde anerkannt, dass die Retroflexio uteri in engen Grenzen auch einer operativen Behandlung zugänglich zu machen ist. Unverkennbar trat eine gewisse Vorliebe für die Alexander-Adam'sche Operation hervor, nicht ohne dass auch die Ventrifixur und Vaginifixur lebhafte Befürwortung gefunden hätten. Trotz der bisher geringen Zahl einschlägiger Fälle wurde der vaginalen Kürzung der Lig. rotunda rühmend gedacht. Es war bemerkenswert, dass sich keine Stimme für die Massage-Behandlung der Retroflexio uteri erhob.

Auch die Placenta praevia-Discussion wurde unter grosser Beteiligung und in interessanter anregender Weise durchgeführt. Wenn es auch nicht gelungen ist, eine Einigung über die anatomischen Verhältnisse, zu denen ausser den Referenten in besonders markanter Weise Ahlfeld und C. Ruge das Wort ergriffen, herbeizuführen, so wird immerhin die weitere Forschung über diese verhängnissvolle Geburts-Complikation im Anschluss an die Leipziger Discussion wesentliche Läuterung erfahren. Auch die verwandte Frage des unteren Uterinsegmentes wurde eingehend erörtert, besonders von Bayer, dessen mühselige Zeichnungen allseitige Bewunderung fanden. — In Bezug auf die Therapie erschien es als eine Erweiterung der bisherigen Vorschläge, dass namentlich Küstner für die Metreuryse eintrat. Dieses Verfahren scheint für eingehendere Versuche sich nachdrücklich zu empfehlen.

Aus der Fülle der Demonstrationen traten als ganz besonders bedeutungsvoll solche von Peters, Veit und Leopold über die frühesten Stadien foetaler Entwickelung hervor, daneben die von v. Rosthorn über das Beckenbindegewebe und über Beckeneiterungen von Sellheim. Leopold's prachtvoller Atlas fand grösste Anerkennung. Sehr wichtig erschienen die Befunde Pfannenstiel's, der in Dermoid-Cysten — in Uebereinstimmung mit Wilms — ausnahmslos Gewebe aller drei Keimblätter nachwies. Eine sehr schöne Ausstellung von Moulagen aus Pastellin zu Unterrichtszwecken hatte Winternitz mitgebracht. Unter den zahlreichen interessanten Einzeldemonstrationen seien noch verschiedene Curiositäten und Raritäten von Neugebauer erwähnt.

Es ergab sich wohl naturgemäss, dass in Leipzig die Frage des Deciduoma malignum zur Erörterung kam. Eine Fülle neuer Beobachtungen diente der Discussion zumAnhalt. Immer mehr wird klar, dass unter dieser Neubildung verschiedene Gruppen gesondert werden müssen. Unzweifelhaft müssen Sarcome neben Endotheliomen anerkannt werden. Die Chorion- Zellschichten, das Syncytium und die Langhans'sche Zellschicht beteiligen sich an dem Aufbau der verschiedenen Formen. Noch ist die Herkunft des Syncytium nicht mit positiver Sicherheit festgestellt und dürfte wohl auch erst nach den jetzt vorliegenden Erfahrungen an einem Ei aus den allerersten Entwickelungs-Stadien zu ermitteln sein. Es erscheint aber sicher, dass auch Uterus-Carcinomformen vorkommen können, die genau dieselben Zellformen wie vom Syncytium und von der Langhans'schen

Schicht aufweisen. Das Verhältniss der Blasenmolen zu den Deciduomen wurde eingehend von J. Neumann erörtert, dessen pessimistische Auffassung nicht allseitig getheilt wurde. Wie immer, wenn über Priorität gestritten wird, fehlte es auch hier nicht an dramatischen Zwischenfällen. Jedenfalls berührte die Anerkennung, welche Sänger, der neben Bulius für das Vorkommen von Sarcomen im Zusammenhang mit den Producten der Schwangerschaft neue Belege beibrachte, bei dieser Discussion zu Teil wurde, allseitig überaus sympathisch.

Eine lebhafte Discussion entwickelte sich noch in der letzten Stunde im Anschluss an einen Vortrag Döderlein's, der die Exstirpation des Uterus zum Zweck der Adnexoperationen verwarf. Während er damit an sich augenscheinlich die Zustimmung der ganzen Versammlung erzielte, fanden die einfliessenden Bemerkungen gegen die Colpotome lebhaften Widerspruch. Auch der Hinweis auf eine Reihe schwerer Complikationen, mit denen Baumm und Olshausen ihre Ablehnung der Colpotome begründeten, hinderte nicht, dass die Bedeutung dieser Operation als eine wesentliche Bereicherung unserer operativen Maassnahmen von verschiedenen Seiten anerkannt wurde und dass der Versuch, die Colpotome wegen der Nebenverletzungen und Folgen, die sich an ihre Anfangsstudien angeknüpft haben, ganz zu streichen, zurückgewiesen wurde. Die Mahnung zur Präcisirung der Indicationen und zur Vorsicht in der Ausführung ist allseitiger Zustimmung sicher und wird gewiss nur dazu beitragen, diese Operation auf ihren richtigen Platz unter den gynäkologischen Eingriffen zu stellen.

Für die abdominale Radikaloperation bei Adnexerkrankungen trat v. Rosthorn ein. Für dasselbe Verfahren bei Carcinom (Freund'sche Operation) Küstner. Die Carcinomfragen traten sonst nur wenig in den Vordergrund, obwohl Rosinski und Winter interessante Beiträge brachten.

Grossen Beifall fand die auf mühsamen Untersuchungen basirte Mittheilung von Abel, dem es gelungen ist, in 4jähriger Arbeit bei 98 pCt. aller von Zweifel Coeliotomirten das Verhalten der Bauchnarben in Bezug auf Hernienbildung persönlich zu untersuchen. Das Ergebniss ist eine auffallende Besserung der Resultate durch die isolirte Fasciennaht.

So hat der Leipziger Congress bedeutungsvolle Ergebnisse gezeitigt. Er ist sympathisch ausgeklungen, nicht zum Wenigsten auch deswegen, weil es gelungen ist, die mehr als 70 Nummern des Programms und die beiden offiziellen Discussions-Themata zu erledigen, nachdem nur zwei Mitglieder wegen der Notwendigkeit früherer Abreise ihre Ankündigungen zurückgezogen hatten. Der Leiter des Congresses hat sich daher vollen Anspruch auf die lebhafte Dankbarkeit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, welche z. Z. nahezu 300 Mitglieder zählt, erworben.

Ueber den Verlauf der Verhandlungen selbst hat eingehend Herr College Donat berichtet.

A. Martin.

Buchanzeigen.

Berichte über Giessener Dissertationen.

J. Heckmann. Ueber das Verhältniss des Kopfes der Neugeborenen zum Kopf der Mutter. Inaug.-Diss. 1896.

Nach einer eingehenden kritischen Musterung der über diese Frage vorhandenen Litteratur prüft Verf. die Richtigkeit der Behauptung Fasbender's u. A., der Kopf des Kindes sei ein verkleinerter Abdruck des mütterlichen, die im Widerspruch steht mit der Annahme Gönner's, der kindliche Kopf sei ein Product des Schädels beider Eltern, an der Hand von 100 in der Giessener Frauenklinik an reifen Kindern und deren Mütter vorgenommenen Messungen. Um die durch den Geburtsact gesetzten Veränderungen möglichst auszuschalten, wurden die in Vergleich gezogenen Maasse am 9. Tage post partum genommen. Nach den Resultaten dieser in 8 Tabellen übersichtlich geordneten vergleichenden Zusammenstellungen der verschiedenen Durchmesser, Umfänge und Volumen-indices hält H. es für unstatthaft, aus der Form und Grösse des mütterlichen Kopfes allein einen bestimmten Schluss auf Form und Grösse des kindlichen Kopfes zu ziehen. Ausser dem erblichen Einfluss des Vaters und dem während der Geburt durch die Configuration zustande gekommenen Formdifferenzen seien noch die Veränderungen des Schädels in seinem postembryonalen Wachstum zu berücksichtigen.

W. Küchel. Zur Prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen an der geburtshülflichen Klinik zu Giessen. Inaug.-Diss. 1896.

Als Beitrag zur Ausbildung allgemein anerkannter Grundsätze über die Prognose der Zangenoperationen, die bisher noch einer so verschiedenen Beurteilung unterliegt, giebt Verf. eine Zusammenstellung der Zangengeburten in der Giessener Frauenklinik von 1889—1895, hinsichtlich der Gefahren für Mutter und Kind. Löhlein-Giessen steht mit 5,23 pCt. in der Frequenz der Zangengeburten zwischen Olshausen-Berlin mit 4,96 pCt, und Fehling-Basel mit 5,33 pCt. Die Indication war weit häufiger Rücksicht auf die Mutter als auf das Kind. Verletzungen der Mutter fanden sich in 54,9 pCt. gegenüber 84,6 pCt. bei Schmid (Baseler Klinik) und 85 pCt. bei Münchmeyer (Dresdener Klinik). Diese erhebliche Differenz sei wohl dadurch erklärt, dass von letzteren beiden jeder auch ganz unerhebliche Riss, jede Schleimhautablösung und Episiotomie vermerkt ist, die ebenso bei ganz spontan verlaufenden Geburten vorkommen und daher nicht der Zangenanwendung zur Last fallen. Als durch die Zange entstandene schwere Verletzungen der mütterlichen Geburtswege werden 4 pCt. angegeben. Aus dem günstigen Ergebniss seiner Statistik zieht Verf. den Schluss, es sei keine Veranlassung, die Indication zur Zangenanlegung allzusehr einzuschränken. Die letztere werde von Löhlein so formulirt: Die Zange ist angezeigt,

wenn bei zangengerecht stehendem Kopf aus der längeren Dauer der Geburt Nachteile oder Gefahren für Mutter oder Kind oder Beide entständen, sei es nun, dass diese Gefahren und Nachteile durch die infolge insufficienter Wehenthätigkeit bedingte Verzögerung des Austritts oder durch Complicationen der Geburt hervorgerufen sind. Der Verf. knüpft hieran den Wunsch, es möge den Studirenden öfter Gelegenheit gegeben werden, sich im Zangenanlegen bei der Kreissenden zu üben, „damit er die Gefahren vermeiden lerne, die dem Instrument in der Hand des Ungeübten anhaften", eine Forderung, die, so begründet sie auch scheinen mag, sich wohl nicht ohne weiteres wird erfüllen lassen, da der Studirende eben auch lernen muss, nur auf bestimmte Indicationen hin activ einzugreifen.

Grosse-Giessen.

Max Rothschild. Ein Fall von fast ausgetragener gestielter Tubenschwangerschaft, nebst einem Beitrage zur Operationsstatistik der vorgerückten Tubenschwangerschaft. (Inaugural-Dissertation. Kiel 1897.)

Verfasser beschreibt im ersten Theile seiner Arbeit einen Fall von beinahe ausgetragener linksseitiger gestielter Tubenschwangerschaft, der von Herrn Prof. Werth Mitte Mai 1897 mit Erfolg operiert wurde.

Bei der Operation der 34 jährigen Frau, die 8 mal in normaler Weise niedergekommen war und Mitte Januar 1896 die letzten Menses gehabt hatte, fand sich das rechte Ovarium normal, die rechte Tube entzündlich verdickt. Die linke Tube ging nach einem Verlaufe von etwa 10 cm auf den linksseitigen Tumor über. Das linke Lig. lat. stand mit seinem oberen Rand in breiter Verbindung mit dem Fruchtsack. Es wurde abgeklemmt und mit Catgutligaturen versorgt. Grosse Schwierigkeiten machte es, den Tumor von seinen Verwachsenen zu befreien. Bei der Ablösung von Darmschlingen kam es zu einem 2—3 cm langen Einriss in die Flexura sigmoidea. Beim Ablösen vom Rectum, an dem der Tumor zuletzt noch mit seinem untern Pole breit festsass, riss er ein, wobei sich gelblich-grünes, nicht riechendes Fruchtwasser entleerte. Vom Rectum wurde ein etwa 8—10 cm langes, 2 cm breites und bis auf die Submucosa gehendes Stück abgerissen. Beide Nebenverletzungen wurden durch Catgutnähte geschlossen. Zum Schluss breite Eröffnung des Douglas und Tamponade nach der Scheide. Etagennaht der Bauchwunde. Heilung per primam.

Längendurchmesser des Tumor 22,5; grösste Breite 16 cm. Der Fötus liegt in erster Beckenendlage und zeigt ausgesprochene Gesichtslagenhaltung des Kopfes. Gewicht 1375 g. Steissrückenlänge 24 cm; Länge der velamentös inserierenden Nabelschnur 31,5 cm.

Die mikroskopische Untersuchung der Wand ergab im Wesentlichen eine dünne Lage glatter Muskulatur. Unzweifelhaft handelte es sich um eine gestielte Tubarschwangerschaft, wenn auch das Fimbrienende der linken Tube nicht aufgefunden wurde. Am Uebergang des freien Teiles der linken Tube in den Fruchtsack fand sich eine kleine Oeffnung und, wenn die Frau angiebt, dass etwa 4 Monate vor der Operation plötzlich nach schwerem Heben Wasser aus der Scheide ab-

gegangen sei, das ca. 6 Wochen lang weiterträufelte, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass diese Flüssigkeit Fruchtwasser war und durch jene kleine Oeffnung abgeflossen ist. Für diese Annahme spricht sehr die gelbliche Verfärbung der Schleimhaut in dem freien Tubenabschnitt, welche von mekoniumhaltigem Fruchtwasser, wie es sich auch bei der Operation entleerte, herrühren könnte. Auffallend ist der glatte Heilungsverlauf der Darmwunden. Die Vernähung der eigentlichen Oeffnung und des Defektes mit Catgut hielt so ausgezeichnet, dass die Frau schon einige Tage nach der Operation guten Stuhlgang hatte.

Im 2. Teile der Arbeit folgt eine Zusammenstellung von 30 Fällen von vorgerückter Tubenschwangerschaft, bei denen die Coeliotomie gemacht und, mit Ausnahme von 2 Fällen, das Leben der Mutter erhalten worden ist. Bei der Mehrzahl der mitgeteilten Fälle war der Fruchtsack intraligamentär entwickelt, bei einem Teile gestielt, bei einer Reihe von Fällen sind die Angaben über den anatomischen Bau des Fruchtsackes unbestimmt. Viermal wurde bei noch lebendem Kinde operiert, dreimal wurde eine partielle Resektion des Fruchtsackes. 13 mal eine totale Exstirpation vorgenommen; 10 Fälle wurden mit Incision des Fruchtsackes behandelt. (Selbstbericht.)

Personalien.

Privatdocent Dr. Ernst Wertheim ist zum ordinirenden Arzte im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten und zum Vorstande der Abteilung für kranke Frauen im Bettina-Stiftungspavillon des k. k. Kaiserin-Elisabeth-Spitales in Wien ernannt worden.

Privatdocent Dr. J. Schottlaender in Heidelberg ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Dr. Adolf Gessner, bisher Assistenzarzt an der Berliner Universitäts-Frauenklinik, hat sich als Privatdocent für Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Erlangen habilitirt.

Die Herren Privatdocent Dr. L. Glaevecke in Kiel, Dr. Albert Sippel in Frankfurt a. M. und Oberarzt Carl August Schuchardt in Stettin haben den Professortitel erhalten.

Auf Vorschlag der Leipziger Facultät ist Prof. Sänger der Titel eines Kgl. Sächsischen Medicinalrats verliehen worden.

Für den Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie in Tübingen sind nunmehr von der dortigen Fakultät in Vorschlag gebracht worden: Bumm (Basel) primo loco, Loehlein (Giessen) secundo und Doederlein (Groningen) tertio loco.

Jacques-Gilles Maisonneuve, der einst hochangesehene, durch seine Kühnheit berühmte Pariser Chirurg, ist, nachdem er seit vielen Jahren seine Thätigkeit aufgegeben, im Alter von 88 Jahren gestorben. Auch den Gynäkologen durch verschiedene Arbeiten über Ovariotomie, über Harnfisteln etc. bekannt, ist ihnen sein Name noch besonders durch den von ihm angegebenen Schlingenschnürer vertraut.

Gestorben in Brüssel: Dr. L. Deroubaix, Prof. honor. an der dortigen Universität. Wie wir einem Nachruf von Dr. Rouffart entnehmen, war D. einer der ersten auf dem Continente, welcher sich der Antiseptik zuwandte. Sein gynäkologisches Hauptwerk war eine Abhandlung über Behandlung der Harnfisteln, welche von der Pariser Academie preisgekrönt wurde. Er gehörte zu den Mitbegründern der Belgischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshülfe und war deren erster Vorsitzender.

Litteratur-Verzeichniss.

I. Geburtshilfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Gessner, Adolf, Beiträge zur Physiologie der Nachgeburtsperiode. Habilitationsschrift. Stuttgart. Druck der Union Deutsche Verlagsgesellschaft. 97.

Heubner, O., Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler. Mit 19 Curven und einer Skizze im Text. 97. A. Hirschwald.

Lange, M. (Königsberg), Physiologie, Pathologie und Pflege der Neugeborenen. Med. Bibl. für prakt. Aerzte. No. 107—111. Leipzig. C. G. Naumann. 97.

Leopold, G., Uterus und Kind von der ersten Woche der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt, und der Aufbau der Placenta. Geburtshülflich-anatomischer Atlas. 30 Tafeln enthaltend mit erläuterndem Text und 5 Texttafeln. S. Hirzel. Leipzig. 97.

Schaeffer, Oscar, Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe. IV. Auflage. München. J. F. Lehmann.

Stereoskopischer Atlas, herausgegeben etc. von ***A. Neisser***, XIX. und XX. Lieferung. 4. und 5. Folge d. Abth. Gynäkologie, die XIX. aus d. Prov.-Hebamm.-Lehranst. zu Cöln a. Rh. Mitgeth. von Fritz Frank (Foetale Missbildungen), die XX. Lief. aus d. Kgl. Frauenklinik zu Breslau, mitgeth. von O. Küstner (Geburtshülfliche Objecte und Missbildungen).

2. Allgemeines.

Barbour, A. H. F., Clinical lecture on bleeding in pregnancy and labour. The Scottish Med. and Surg. Journ. No. 6. 97.

Braun v. Fernwald, Rich., und ***Hübl***, zur Frage über die Verwendung der Aseptik und Antiseptik in der Geburtshülfe. Arch. f. Gyn. 53. Bd. 3. Heft 1897.

Braun, Gustav, Ueber Vorträge von Aerzten in Hebammenversammlungen. Wien. klin. Woch. Mai 97. No. 21.

Foggie, W. E., Digests-saline infusion in the hæmorrhages of midwifery. The Scott. Med. and Surg. Journ. No. 6. June 97.

Madden, Thomas More, A plea for the larger use of ergot in obstetrics. The Lancet. No. 3848. May 97.

Mensinga, Kurze briefliche Mitteilung über einen Fall von ausgezeichnetem Erfolg der Dr. Lahmann'schen Schwangerschaftsdiät. Der Frauenarzt. Heft 4. April 97.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Barbour, A. H. F., Clinical lecture on bleeding in pregnancy and labour. The Scott. Med. and Surg. Journ. No. 6. June 97.

Bodon, K., Ueber einen Fall von Geburt bei Transpositio viscerum totalis, nebst einigen Betrachtungen über die Lage der Gebärmutter. Centralblatt f. Gyn. No. 20. Mai 97.

Bouchet, du, Remarques à propos de sept observations d'infection puerpérale. Annales de Gyn. et d'Obst. Tome XLVII. Mai 97.

Bulius, G., Gutartige Wucherungen des Syncytiums. Centralbl. f. Gyn. No. 23. Juni 97.

Chason, J. D., Puerperal septicemia: its cause and treatment. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. June 97. No. 9.

Harrison, George Tucker, A case of inversio uteri post-partum, with remarks upon the ætiology of puerperal inversion of the uterus. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. May 97. No. 5.

Hennig, Carl, Ueber die Allantoïs. Berichte der Naturforschenden Gesellschaft zu Leipzig. Jahrg. 95/96.

Herff, O. v., Historische Bemerkungen zur Entwicklungslehre von der Placenta praevia totalis. Centralbl. für Gyn. No. 22. Juni 97.

Heydrich, Ein Fall von spontaner Uterusruptur. Centralbl. f. Gyn. No. 20. Mai 97.

Jardine, K., Notes of hospital cases — Persistent hymen in a woman in labour. The Scottish Med. and Surg. Journ. No. 6. 97.

Königstein, J., Ueber einen Fall von kurzer Nabelschnur mit vorzeitiger Placentalösung, sowie einen weiteren Fall von Nabelschnurkürze bei Zwillingen. Wien. med. Blätter. Mai 97. No. 19.

Pozzi, A, Sull' etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gravide. Archivio di Ost. e Gin. Anno IV. Maggio 97. N. 5.

Secheyron, M., Des accidents de la grossesse dans les utérus avec petits fibromes. La Sem. Gyn. No. 19. Mai 97.

Séguineau, J., Contribution à l'étude de l'influence des fibromes de l'utérus sur l'accouchement. Thèse de Lyon. 97.

Walther, H., Spätblutungen im Wochenbett, veranlasst durch Placentarpolypen. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. Mai 97. No. 10.

Webster, J. C., The changes in the uterine mucosa during pregnancy, and the attached foetal structures. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. May 97. No. 5.

Weiss, O. v., Zur Kasuistik der Placenta praevia centralis. Centralbl. für Gyn. No. 22. Juni 97.

4. Enges Becken.

Commandeur, F., Étude sur le détroit supérieur du bassin normal dans la région lyonnaise. Annales de Gyn. et d'Obs. Tome XLVII. Mai 97

5. Geburtshilfliche Operationen, Abortus. Operationen im Wochenbett.

Doleris, Traitement de l'avortement incomplet. La Sem. Gyn. No. 20. Mai 97.

Fieux, G., Version appliquée à un cas de rétrécissement du bassin. Extraction facile. Mort de l'enfant au troisième jour. Annales de Gyn. et d'Obs. Tome XLVII. Mai 97.

Fritsch, H., Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea. Centralbl. f. Gyn. No. 20. Mai 97.

Hahn, J., Zur manuellen Placentarlösung und Abortausräumung. Deutsche med. Woch. No. 22. Mai 97.

v. Herff, Die Zertrümmerung des Schultergürtels (Kleidotomie) bei der Entwickelung des nachfolgenden Kopfes. Archiv für Gyn. 53. Bd. 3. Heft. 97.

Mensinga, Sozial-medizinische Epikrise zur Inauguraldissertation von Schelb-Bremen „über die Indikationen und Ausführung des künstlichen Abortus." Referent Prof. Dr. Freund in Strassburg, 1891. Der Frauenarzt. Heft. 4. (April) 97.

Neugebauer, Einige Fälle von Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter. Münch. med. Woch. No. 19. Mai 97.

Ostermayer, N., Dermoidcyste als Geburthinderniss. Kraniotomie. Incision des Sackes mit Herausnähen desselben. Heilung. Centralbl. f. Gyn. No. 21. Mai 97.

Reynolds Wilson, W., Report of a caesarean section. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. May 97. No. 5.

Schneider, Casuistischer Beitrag zur Anwendung des Schultze'schen Sichelmessers. Deutsche med. Woch. No. 20. Mai 97.

Sorel, R., (Le Havre.) Opération césarienne pour cancer de l'utérus. Enfant vivant. Guérison opératoire. Arch. Prov. Chir. No. 5. Mai 97.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Black, Carl E., Appendicitis complicating extra-uterine pregnancy. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 9. June 97.

Gummert, Ein Fall von Schwangerschaft im verkümmerten Nebenhorn. Centralbl. f. Gyn. No. 23. Juni 97.

Hennecart, M., De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la Non-intervention dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris. 97.

Nodet V. (Lyon), Un cas d'élythrotomie pour une grossesse extra-utérine avant le cinquième mois. Arch. Prov. de Chir. No. 5. Mai 97.

7. Eklampsie.

Johnston, Collins H., Puerperal eclampsia: report of eight cases. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. June 97. No. 9.

8. Osteomalacie.

Goebel, Osteomalacie mittels Röntgenstrahlen zu diagnosticiren, Deutsche med. Woch. No. 17. 97.

9. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

Barker, Gordon C., A case of injury to the shoulder from the Schultze method of artificial respiration. The Lancet. No. 3845. May 97.

Dodge, S. R., Embryonic miscarriage. Ann. of. Gyn. and Ped. Vol. X. June 97. No. 9.

Herrgott, A., Un cas de putréfaction foetale. Annales de Gyn. et d'Obst. Tome XLVII. Mai 97.

Holster, Francis, An anencephalous monster. Brit. med. Journ. No. 1900. May 97.

Teuner, Karl, Ein Fall von Gehirnbruch bei einem vier Stunden alten Kinde mit Erfolg operirt. Wien. klin. Woch. Mai 97. No. 21.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Cann, Etienne, La Castration chez la femme, des resultats thérapeutiques. Conséquences sociales et abus de cette opération. Paris 97, Ollier-Henry.

Cosentino, G., Rendiconto della clinica ostetrico-ginecologica pareggiata dell'ospedale S. Francesco Saverio. Arch. di Ost. e. Gin. Anno IV. Maggio 97. No. 5.

Erlach, Hermann von, Aerztlicher Bericht des Maria Theresia-Frauen-Hospitals in Wien über das Jahr 1896. Ch. Reisser & M. Werthner. Wien.

Glax, Julius. Lehrbuch der Balneotherapie. Zwei Bände. Stuttgart. Ferdinand Enke. 97.

Kjelsberg, H., Statistisk beretning om Kristiania Födsels-stiftelses virksomhed i fireaaret 1887— 1890. (Vierjahresbericht d. Entbindungsanstalt in Kristiania). Norsk Mag. for Laegev. XII. B. Mai. No. 5. 97. 4 Roehhe.

Neugebauer, Franz Ludwig, Die Fremdkörper des Uterus. Zusammenstellung von 550 Beobachtungen aus der Litteratur und Praxis. — Breslau 1897. Preuss und Jünger.

11. Allgemeines.

Fleury, P., Nouvelle suture dite suture en laget de Corset. Thèse de Lyon. 97.

Garrigues, Henry J., Secondary operations. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. June 97. No. 9.

Hirsch, Ueber den schädlichen Einfluss des Korsetts. Der Frauenarzt. Heft 4 (April). 97.

Johnstone, Arthur, Dysmenorroea. Ann. of. Gyn. and Ped. Vol. X. May 97. No. 8.

Kleinwächter, Zur Verbesserung der Frauentracht. Ein Ersatz des Corsets. Deutsche Med. Woch. No. 22. Mai 97.

Knapp, L., Geschichtliche Bemerkungen zu Dr. Oehlschläger's Aufsatz in No. 19 d. Bl. Centralbl. für Gyn. No. 22. Juni 97.

Lapthorn Smith. A., Shock after abdominal operations and how to prevent it. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. May 97. No. 8.

Lönnberg, Ingolf, Om emfysem i bukväggen efter laparotomi. (Emphysem d. Bauchwand nach Lap.) Hygiea. Med. och Farm. Manadsskr. No. 4. April 97.

Mandl, L., Zu W. A. Freund's Referat über „Hegar-Kaltenbachs Operative Gynäkologie". Centralbl. für Gyn. No. 22. Juni 97.

Pincus, Ueber die Constipatio myogenita s. muscularis mulierum chronica. (Mit 1 Abbildung im Text.) Archiv für Gyn. 53. Band. 3. Heft. 97.

Pitha, W., Zur Benutzung des heissen Wasserdampfes in der Gynäkologie. Centralbl. für Gyn. No. 22. Juni 97.

Rulison, E. T., Should the marriage contract be limited by law? Buff. Med. Journ. May 97.

Siegfried, M., Radfahren als Heilgymnastik. Deutsche Med. Woch. No. 23. Juni 97.

Stirling, David. Clinical notes-asepsis in genito-urinary surgery. The Scott. Med. and Surg. Journ. No. 6. June 97.

Wallace, David, The importance of asepsis in genito-urinary surgery. The Scott. Med. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 5. May 97.

Will, O. B., Medical therapy of the female genital tract. The Am. Gyn. Obst. Journ. Vol. X. May 97. No. 5.

12. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Consentius, G., Endometrite deciduale tubero-poliposa. Arch. di Ost. e Gin. Aprile 97. No. 4.

Cullen, Thomas S., A rapid method of making permanent specimens from frozen sections by the use of formalin. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. No. 74. May 97.

Keiffer, Recherches zur l'anatomie et la physiologie de l'appareil vasculaire de l'utérus chez les mammifères. La Sem. Gyn. No. 21. Mai 97.

Nagel, Beitrag zur Anatomie der weiblichen Beckenorgane. (Mit 10 Abbildungen auf Tafel XI—XX und 1 Abbildung im Text.) Archiv für Gyn. 53. Band. 3. Heft 97.

Wendeler, P., Kritische Bemerkungen zur Entwicklungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane beim Menschen. Centralbl. für Gyn. No. 20. Mai 97.

Williams, W. Roger, The malignant tumours of infancy, childhood and youth. The Lancet. No. 3846. May 97.

13. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Bekmann, L'ulcère rond simple du vagin. Annales de Gyn. et d'Obs. Tome XLVII. Mai 97.

Giles, Arthur E. Vaginal douching. The Lancet. No. 3846. May 97.

Leubuscher u. ***A. Meuser***, Ueber die Resorptionsfähigkeit der Scheidenschleimhaut. Zeitschr. für prakt. Aerzte. Juni 97. No. 11.

Mme. de Priffe de Magoudeaux, Contribution à l'étude de la leukokératose vulvo-vaginale. Thèse de Paris. 97.

Wettergren, Carl, Om Haematoma vulvae et vaginae post partum. S. A. Stockholm. 96.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Begouin, P., Cancer interstitiel du col de l'utérus, avec prolongements épithéliaux dans le tissu musculaire du corps de l'organe. Annales de Gyn. et d'Obs. Tome XLVII. Mai 97.

Biermer, R., Ein Fall von Enukleation eines interstitiellen Myoms bei bestehender Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. No. 20. Mai 97.

Bossi, L. M., Contributo allo studio clinico e anatomico del processo di assorbimento dei fibromiomi uterini. Arch. di Ost. e Gin. Aprile 97. No. 4.

Bouilly, G., Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. La Sem. Gyn. No. 19 u. 20. Mai 97.

Czempin, A., Die Behandlung sogenannter inoperabler Carcinome des Uterus. Der ärztliche Praktiker. No. 1 u. 2. 97.

—, Die Behandlung sogenannter inoperabler Carcinome des Uterus. Der Frauenarzt 97. Heft 4 (April).

Duret, H., L'hystérectomie abdominale totale doit-elle être constamment l'opération de choix dans la cure des fibromes utérins? La Sem. Gyn. No. 17. Avril 97.

Duncan, William, Eighteen consecutive cases of intra-abdominal hysterectomy for fibroids. The Lancet. No. 3846. May 97.

Emmet, John Duncan, Curettage and packing the uterus. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. May 97. No. 5.

Falk, O., Die Elektrotherapie bei der Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Centralbl. f. Gyn. No. 21. Mai 97.

Grape, Gustav. Ein Fall von Endothel-Sarkom des Uterus. Inaugural-Dissertation. Greifswald. C. Sell (Hans Adler). 97.

Howitz in Kopenhagen, Eine neue Behandlung der Gebärmutterfibrome. (Deutsch von Dr. Freudenberg.) Der Frauenarzt. 97. Heft 4. (April.)

Janvrin, J. E., Selection of operation in cases of cancer of the cervix uteri and of the uterus also. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. Mai 97. No. 5.

Josephson, C. D, Om behandlingen of fibromyom i uterus. Stockholm 97. Separataftrycle ur Eira No. 3, 4, 6 o. 7.

Landau, L., Zur Technik der abdominellen Totalexstirpation des Uterus. Centralbl. f. Gyn. No. 23. Juni 97.

Legneu, Félix, Hernie congénitale de l'utérus et des annexes. Imperforation du vagin. La Sem. Gyn. No. 18. Mai 97.

Macé, S. J. M. Y., Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibrômes sous-séreux de l'utérus. Thèse de Paris 97.

Moulonguet, A. (Amiens). De l'hystérectomie vaginale. (Revue générale.) Arch. Prov. de Chir. No. 5. Mai 97.

Noble, C. P., The development and the present status of hysterectomy for fibro-myomata an for inflammation of the uterine appendages in America. The Brit. Gyn. Journ. Part XLIX May 97.

Oldag, R., Fremdkörper in Uterus. Deutsche med. Woch. No. 23. Juni 97.

Pernice, L., Bemerkungen zu der Operation der Retroflexio uteri nach Alexander-Adams. Aus dem Diakonissenhause und Kinderkrankenhause in Frankfurt a. O. Deutsche med. Woch. No. 20. Mai 97.

Pichevin, R., Amputation du col utérine exécutée suivant un procédé mixte et complétée par le raccourcissement et le redressement de la paroi antérieure de l'utérus. La Sem. Gyn. No. 20. Mai 97.
Pilliet et *Souligoux*, Métrite parenchymateuse hémorrhagique (Sclérose utérine). Le Prog. Med. No. 19. Mai 97.
Reynier, M. P., Du traitement des affections de l'utérus et des annexes par l'argent obtenu par voie d'électrolyse. La Sem. Gyn. No. 17. Avril 97.
Schick, R., Ueber Zerstörung des Endometriums durch heisse Ausspülungen. Centralbl. f. Gyn. No. 23. Juni 97.
Sielski, F., Zur Mechanik der normalen und pathologischen Lageveränderungen der Gebärmutter. Centralbl. für Gyn. No. 20. Mai 97.
Smith, E. Hickson, Avulsion of the uterus. The Lancet. No. 3849. June 97.
Weber, Samuel L., The abuse of topical applications to the endometrium. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. May 97. No. 5.
Williams, W. Roger, Sarcoma of the uterus. The Brit. Gyn. Journ. Part XLIX. May 97.

15. Ovarien. Tuben. Ligamente.

Ford, Willis E., Pus tubes and their management. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. May 97. No. 8.
Grigorieff, W., Die Schwangerschaft bei der Transplantation der Eierstöcke. Centralbl. f. Gyn. No. 22. Juni 97.
Jacobs, Organothérapie ovarienne. Journ. d'Accouchem. et Revue de Med. et de Chir. Prat. No. 23. Juni 97.
Masson, H., De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. La Sem. Gyn. No. 1.
Montgomery, E. E., Sapræmia resulting from the presence of a dermoid cyst. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. Mai 97. No. 5.
Morgan, John H., A case of right ovarian hernia with twisted pedicle: operation; recovery. The Lancet. 3846. May 97.
Raimondi, Les kystes des ligaments larges. Thèse de Paris. 97.
Ries, Emil, Primary papilloma and primary carcinoma of the fallopian tube. The Journ. of the Am. Med. Assoc. No. 21. May 97.
Thumim, Ueber carcinomatöse Degeneration der Eierstocksdermoide. Arch. f. Gyn. 53. Band, 3. Heft. 97.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Baldy, J. M., Remarks on drainage following abdominal section. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. X. May 97. No. 5.
Beckmann, W., Beitrag zur Abdominalchirurgie. 25 Laparotomien. St. Petersb. Med. Woch. No. 16. April 97.
Benoit, G., Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme. Thèse de Paris. 97.
Beuttner, O., Ein Fall von Platzen der Bauchwunde nach Laparotomie. Centralbl. für Gyn. No. 22. Juni 97.
Büdinger, Conrad, Ueber Diastasen der Linea alba der Kinder mit Incarcerationserscheinungen. Wien. klin. Woch. Mai 97. No. 21.
Campbell, John, Successfull removal of cystic abdominal tumour from a child aged seven months. Brit. Med. Journ. No. 1898. May 97.
Cone, Claribel, Encysted dropsy of the peritoneum secondary to utero-tubal tuberculosis and associated with tubercular pleurisy, generalized tuberculosis and pyococcal infection. Bull. of the John Hopkins Hosp. No. 74. May 97.
Meredith, W. A., Deaths after ovariotomy, with remarks on the value of flushing without subsequent drainage of the peritoneal cavity. The Lancet. No. 3849. June 97.
Montgomery, Edward E., Pelvic blood collections and their treatment by vaginal incisions. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. June 97. No. 9.

Westby, George, A case of abscess of abdominal wall following typhoid fever; incision; recovery. Brit. Med. Journ. No. 1900. May 97.

17. Harnorgane. Fisteln.

Condamin, M. R., Traitement des fistules recto-vaginales inférieures par le dédoublement de la cloison et l'interposition des masses musculaires périnéales. La Sem. Gyn. No. 21. Mai 97.
Engström, Otto, Ueber Nephropexie. Ein Beitrag zur Behandlung der Wanderniere. Nordiskt Med. Arkiv. Band VII. 97. Häft 2.
Gerster, Arpad G., A contribution to the surgery of the kidney and of the ureter. The Am. Journ. of the Med. Scien. Vol. CXIII. No. 6. June 97.
Lennander, K. G., Ueber zwei glücklich operirte Fälle von Nierensteinen. Deutsche Med. Woch. Mai 97. No. 22.
Ljunggren, C. A., Ofvertalig urinblåsa med urinretention. Kliniskt meddelande från Trelleborgs lasarett. (Ueberzählige Harnblase etc.) Nordiskt Med. Arkiv. Band VII. 97. Häft 2.
Ramsay, F. Winson, Fixation of liver and both kidneys in a case of Glenard's disease. Brit. Med. Journ. No. 1897. May 97.
Rose, H., Weitere Beobachtungen mit meinem Verfahren, bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. Centralbl. f. Gyn. No. 21. Mai 97.
Seiffart, Beitrag zur Ureter-Bauchfistel-Frage, Centralbl. f. Gyn. No. 21. Mai 97.

18. Gonorrhoe.

Casper, L, Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe. Berl. klin. Woch. No. 15. 97.
Jundell, Renodling af gonococcus Neisser vid tvenne fall af gonorroisk metastas. Hygiea. Med. och Farm. Månadssk. No. 4. April 97.
Saenger, M., Residual gonorrhoea. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. May 97. No. 8.

19. Mamma.

Arnold, St., Ueber einen knorpel- und knochenhaltigen Tumor der Brustdrüse. Archiv Virchow, Bd. 148. H. 3.
Hawthorne, Ernest S., Functional activity of mammary gland in an infant. The Lancet. No. 3848. May 97.
Machell, Henry T., Re-establishment of the milk-flow after an interval of four weeks. Brit. Med. Journ. No. 1901. June 97.
May, Bennet, The Ingleby lectures on the operative treatment of cancer of the breast. Brit. Med. Journ. No. 1900. May 97.

20. Technisches. Akiurgie.

Courtin, J., Nouveau modèle de fixateur en caoutchouc pour maintenir dans l'utérus les tiges de toutes sortes. La Sem. Gyn. No. 18. Mai 97.
Sack, A., Ueber das Ichthalbin (Ichtyoleiweiss), ein geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat. Deutsche Med. Woch. No. 23. Juni 97.

21. Darm.

Bidwell, Leonard A., Two cases of acute intestinal obstruction due to adhesions, in one of which enterectomy anastomosis by Manusell's method were performed. Brit. Med. Journ. No. 1897. May 97.
Cheatle, G. Lenthal, A method of uniting the divided intestine. The Lancet. No. 3847. May 97.

Mc Cosh, Andrew S. and ***Forbes Hawkes,*** The surgical treatment of appendicitis. The Am. Journ. of the Med. Scien. Vol. CXIII. No. 5. May 97. No. 301.

Edwards, F. Swinford, The removal of high-lying cancer of the rectum by Kraske's method, with a series of fourteen cases. Brit. Med. Journ. No. 18. May 97.

Heaten, George, A clinical lecture on the surgical treatment of relapsing appendicitis, with a report of three successful cases. The Lancet. No. 3845. May 97.

Lafourcade, J., (Bayonne), Sur un procédé d'incision des hémorrhoïdes. Arch. Prov. de Chir. No. 5. Mai 97.

Southam, F. A., On the pathology of recurrent appendicitis. The Lancet. No. 3849. June 97.

Wiggins, W. Denison, Pulham union infirmary. A case of acute intestinal obstruction. Brit. Med. Journ. No. 1898. May 97.

22. Narkose. Antiseptica.

Marcus, R., Zur Elektroguajacolcocaïnanaesthesie. Deutsche Med. Woch. No. 23. Juni 97.

Rowell, George, On the anaesthetisation of children. The Lancet. No. 3846. May 97.

23. Bakteriologie.

Bokenham. T. S., The serumtherapy of blood poisoning: a plea for exactitude in the use of antistreptococcus-serum. Brit. Med. Journ. No. 1899. May 97.

Stini, Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale à tous les âges; état normal et état pathologique. La Sem. gyn. No. 18. Mai 97.

Verantwortlich für die Redaktion Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig.

Originalarbeiten.

I.

Weitere Fortschritte der Entbindung ektopischer, lebensfähiger Früchte durch Koeliotomie.[1])

Von

ROBERT P. HARRIS

in Philadelphia.

Es handelt sich hier nicht um eine alte Operation. Sie datirt nur 88 Jahre zurück und ist viel jünger als die gleiche Methode, eine schon abgestorbene Frucht aus der Bauchhöhle zu entfernen. Es erfordert viel mehr Kühnheit das Abdomen bei lebender und lebensfähiger Frucht zu eröffnen, als wegen einer toten, in Zersetzung begriffenen, so dass denn auch die erstere Operation nicht vor dem Jahre 1809 unternommen wurde, während man mit der letzteren bereits im Jahre 1540, d. i. vor 269 Jahren, begann. Die nun zu betrachtende Operation möge in 2 Abschnitte geteilt werden. Der erste umfasst 78 Jahre mit 30, der zweite nur 10 Jahre, doch mit 45 Fällen. Im ersten Abschnitt war die Methode so gefährlich für Mutter und Kind, dass die Operateure durch ihre Resultate sehr entmutigt waren, und der Eingriff nur selten unternommen wurde. Der Bericht über den 2. Abschnitt beginnt mit No. 31 und endet mit No. 75.

In dem ersten Bericht, den ich im Jahre 1887 erstattete (Amer. Journ. of Oest. etc. Nov. S. 114), fanden sich 27 Fälle; es kamen aber aus der Zeit, die derselbe umfasste, nachträglich noch 3 weitere Fälle zu Tage, was die Zahl 30 vollmacht. Der gedruckte Bericht von 1887 enthielt nur 3 Fälle von Genesung, d. i. 1 zu 9. Es war das ein so grosser Prozentsatz von tötlichen Fällen, dass ein berühmter Gynäkologe die Arbeit als ein „Kapitel der Schrecken“ charakterisierte und nicht verstehen konnte, dass sie überhaupt veröffentlicht worden war. Als sich die Liste aber auf 30 gehoben hatte, stellten sich auch Zeichen von Fortschritt ein; denn von den letzten 5 Fällen genasen zwei. Gar das Ergebnis der zweiten Periode zeigt eine sehr auffällige Besserung, ausgesprochen genug, um jeden Operateur, der dasselbe prüft, zu ermutigen.

[1]) Nach der Original-Handschrift übersetzt von Dr. A. Eiermann in Frankfurt a. M.

Die Einführung der Antisepsis in die Chirurgie und verbesserte Methoden in der Behandlung der Placenta, um Tod durch Verblutung zu vermeiden, bewirkten die ersten Fortschritte, indem sie die Methode weniger gefährlich machten und die Zahl der Fälle anschwellen liessen, so dass der Zuwachs für die Jahre 1890, 1891 und 1892 sich auf 15 Operationen belief und der für 1893 und 1894 auf 14. Wir haben so 30 Operationen in 78 Jahren gegen 29 in 5 Jahren. Unter den ersten 30 finden wir 5 Genesungen; in den 15 vorerwähnten 9 und unter den letzten 14 gar 10. So steigen wir von 1 Genesung auf 6 Fälle zu 19 auf 29 Fälle. Die 8 Fälle von 1893 und die 6 von 1894 werden wohl sämmtlich aus diesen 2 Jahren stammen. Die 6 Fälle aus den letzten 28 Monaten jedoch sind gewiss nicht als eine vollständige Liste zu betrachten.

Der grosse Fortschritt in der Operation lässt sich am besten dadurch zeigen, dass man die beiden Extreme nimmt. Auf die ersten 21 Fälle entfallen 2 Genesungen und auf die letzt berichteten 21 deren 15. Die letzten 5 Todesfälle waren folgende: 1 infolge Nachblutung 6 Stunden p. op., 1 nach Delirium ante partum binnen 48 Stunden; ein dritter Fall an Sepsis infolge zurückgelassener Placenta am 26. Tage; ein 4. infolge von Neugierde, nach Entfernung des antiseptischen Verbandes, „um hinein zu sehen"; es trat Verjauchung ein, und die Frau starb am 16. Tage; im fünften Fall endlich war die Operation an einer Morphinistin gemacht worden, die am 2. Tage starb. Es folgten also 19 Fälle aufeinander ohne Todesfall an Verblutung. Diese gefürchtete Todesursache ist beinahe überwunden.

Die erste Genesung, über die berichtet wird, betraf den von August Martin in Berlin im Jahre 1881 operierten Fall (22); seine Operationsmethode verbreitete sich überall hin als „Martinsche Operation", unter welchem Titel über sie in vielen gynäkologischen Gesellschaften Europa's diskutiert wurde. Eine ektopische Schwangerschaft in den späten Monaten wie einen zu exstirpierenden Tumor zu behandeln, ist der richtige Weg, wo er eingeschlagen werden kann; aber leider sind die Fälle selten, in denen ein solcher Plan durchführbar ist. Gewiss, man ligiert, um dann zu durchschneiden, man umsticht oder benutzt Klemm-Pincetten oder sonst einen bewährten Weg, um die Blutung aus der Placenta in Schranken zu halten; aber beinahe jeder Fall erfordert seine spezielle Behandlung.

Die ganze Fruchtsack-Cyste sammt Placenta abzuklemmen, war die von Prof. Joseph Eastman in Indianopolis angewandte Methode (Fall 35). Das Kind wurde gerettet, die Mutter genas. Es war dies eine der glücklichsten Operationen unter allen 75; aber Eastman's Methode ist nur für eine begrenzte Anzahl von Fällen zu benutzen.

Vielleicht der bemerkenswerteste Fall von allen war No. 74, operiert im Jahre 1896. Die unglückliche Frau gab in ihrer Heimat, im Nordosten von Oesterreich, durch spontane Geburt einem Mädchen, dem 6. Kinde, das Leben. Als man fand, dass

noch eine ektopische Frucht entfernt werden müsse, unternahm sie am 5. Tage darnach eine Reise von 17 Stunden, kam am Morgen des 6. Tages an und begab sich in die Chrobak'sche Klinik in Wien. Nach entsprechender Vorbereitung wurde am nämlichen Tage operiert und ein vollständig ausgebildeter Knabe entfernt, der munter schrie. Da die Placenta ihr Blut vom Uterus erhielt, sah man sich veranlasst, die Hysterektomie mit vorzunehmen. Die Frau bekam eine Pneumonie, welche ihre Wiederherstellung verzögerte, war aber trotzdem im Stande, am 26. Tage mit ihrem Knaben nach Hause zurückzukehren.

Wenn man die bekannten Fälle in zwei Abschnitte von 38 und 37 teilt, so haben wir für den ersten 28, für den zweiten 11 Todesfälle. Machen wir aber 3 Abschnitte zu je 25 Fällen, so zeigt sich ein noch grösserer Fortschritt: Von den ersten 25 genasen 3, von den zweiten 25 16 und von den dritten 17.

Auf die Diagnose der ektopischen Schwangerschaft will ich hier nicht eingehen. Wir haben uns hier mit dieser nur zu beschäftigen, nachdem die Indication einer Coeliotomie bereits festgestellt wurde. Bände voll sind über diesen Gegenstand geschrieben worden, und wohl alle gynäkologischen Gesellschaften haben darüber gründlich diskutiert. Ist der Uterus leer und das Kind am Leben, so kann die Entscheidung nicht schwierig sein, vorausgesetzt, dass die Frucht ein lebensfähiges Alter erreicht hat; als solches haben wir mit Berücksichtigung von Fall 69 die dreissigste Woche angenommen. Zwei Punkte sind es besonders, welche in diesen Diskussionen festgestellt wurden: Die Gefahr der Verzögerung und die Richtigkeit einer unmittelbaren Operation. Es mag besser für das Kind sein, den Bauchschnitt zu verschieben und eine vorgeschrittene Periode der Reife abzuwarten; aber die Erfahrung hat gelehrt, dass Mutter und Kind dabei in Gefahr gerathen. In den früheren Zeiten der Operation hat man es für vorteilhaft gehalten, die Koeliotomie erst einige Zeit nach dem Absterben der Frucht vorzunehmen, und zwar wegen der hernach eintretenden regressiven Veränderungen in der Placenta, die eine Blutung viel weniger befürchten liessen. Dass aber ein solcher Aufschub gefährlich ist, beweist auch der Tod einer hiesigen Dame trotz der Behandlung von vier Geburtshelfern. Ob die Operation zur Entfernung einer abgestorbenen Frucht bei vorgeschrittener ektopischer Schwangerschaft viel weniger gefährlich sei, sofern man dabei den Verblutungstod eher vermeiden könne, als bei noch lebender Frucht, musste wohl erwogen werden. Allein, während fünfzig Jahren haben sich die Ergebnisse der beiden Abarten einander immer mehr und mehr genähert, so dass jetzt die Entbindung einer lebenden und lebensfähigen ektopischen Frucht weniger gefahrvoll ist als die Entfernung einer abgestorbenen zu sein pflegte. Die Wirkung hiervon zeigt sich jetzt auch in der Willfährigkeit der Operateure, eine tote Frucht alsbald nach ihrem Absterben zu entfernen. Die Gefahr hierbei kann nicht viel geringer sein als bei lebender

Frucht. So haben die Verbesserungen der Technik nach beiden Richtungen auch die Resultate mehr und mehr ausgeglichen.

Nach langer und sorgfältiger Prüfung ist Schreiber dieses in der Lage, anzugeben, welches die betreffenden Ergebnisse im Beginne dieses Jahrhunderts waren und wie sie jetzt dastehen. Hatte die ektopische Frucht eine Entwicklung von 6 Monaten oder mehr erreicht, bevor sie abstarb, und war sie besonders einige Zeit abgestorben gewesen, ohne sich zu zersetzen, so erreichte die Mortalität bei Koeliotomie 42 pCt. gegen 92 pCt. bei lebender und lebensfähiger Frucht. Von 1811 bis 1880 wurde 50 Mal zur Entbindung abgestorbener Früchte durch die Operation geschritten; hiervon starben 21 Frauen = 42 pCt. Von 1809 bis 1881 wurden 21 lebende und lebensfähige ektopische Früchte entbunden mit einer mütterlichen Mortalität von 19; es wurden also nur 8 von Hundert gerettet. Gegenwärtig ist die Mortalität bei der ersteren Operation auf etwa 16 pCt. gefallen und die bei der letzten auf 25 pCt. Diese Herabminderungen nehmen anhaltend zu, doch ausgeprägter für die zweite Operationsgruppe.

Theoretisch ist es von grossem Interesse, wenn Mutter wie Kind am Leben erhalten werden und ich habe oft mit Vergnügen an Fall 54 gedacht, wobei die Mutter nun vollständig wohl und das kleine Mädchen von 4½ Jahren ein ungewöhnlich gesundes und intelligentes Kind geworden ist. Aber es sind zahlreiche Gründe dafür vorhanden das Leben der Mutter über dasjenige des Kindes zu stellen, das im besten Falle weiterhin sehr unsicher ist. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass viele von den „ektopischen Kindern" Deformitäten zeigen. Die Frucht kann einen oder zwei Klumpfüsse haben oder Asymmetrieen des Schädels oder des Schädels und Gesichtes darbieten. Diese Deformitäten sind die Folge der Lage, des Mangels an hinreichendem Fruchtwasser oder ungenügender Placentar-Ernährung. Liegt der foetale Schädel in Berührung mit der Fossa iliaca, so verliert er leicht seine Symmetrie. Das kann bei der Geburt sehr auffallend sein, doch formt sich der Schädel gewöhnlich überhaupt erst unter dem weiteren Heranwachsen des Kindes, und auch die Gaumenbögen findet man nach der Zahnung von normaler Form.

Die Form der ektopischen Frucht kann am besten studiert werden an Kindern, die im Zustande der Reife vor der Entbindung abgestorben sind, oder an todtgeborenen. Die Zahl dieser ist viel grösser, als die der lebend entfernten und bei einem grossen Bruchteil solcher Kinder wird man tadellose Ausbildung und volle Entwicklung konstatieren können. Wo nun die geretteten Mütter immer zahlreicher werden, werden auch deren lebende Sprösslinge bessere Pflege finden und infolgedessen auch länger am Leben erhalten werden. Es ist ein Irrtum, zu glauben, solche Kinder seien nicht wert, dass man sie zu retten sucht. Photographieen aus meiner Sammlung legen Zeugnis ab vom Gegenteil. Diese reichen vom 1. Monat bis zum 15. Jahre und zeigen gut entwickelte Kinder. Das älteste ektopische Kind

steht jetzt im Alter von 17 Jahren, das zweite ist nahezu 16, das dritte 10 u. s. w. Diese Kinder sind ohne jede Deformität und für ihr Alter normal gross.

„Was soll mit der Placenta geschehen?“ war vor 20 oder mehr Jahren die wichtige Frage, und viele Frauen verloren ihr Leben, bevor sie erledigt war. Als die Operation aufkam, herrschte die Ansicht vor, man solle die Placenta entfernen wie bei einer normalen Geburt; aber die Ergebnisse dieses Verfahrens machten die Eingriffe selten und bewirkten bald seine Beseitigung. Der nächste Schritt war, die Placenta sich selbst zu überlassen; aber hier zeigte sich wieder die nämliche Gefahr, nur war die Blutung eine sekundäre und erfolgte während des Vorganges der Ausstossung. Die dritte Behandlungsweise war dem Stadium der Ausstossung angepasst und bestand in Gaze-Tamponade und Ausspülungen bei antiseptischem Verband.

Jeder Fall muss individuell behandelt werden. Der Operateur muss auf jeden drohenden Zufall, der sich ereignen kann, vorbereitet sein. Nur selten kann er sicher wissen, wo die Placenta liegt. In jedem 6. oder 7. Fall wird man sie unter der Linea alba finden. Wo es schnell geschehen kann, ist es besser, sie wie eine Bauchgeschwulst zu exstirpieren, da dies eine raschere und bessere Genesung verbürgt. In vereinzelten Fällen kann es sogar nötig werden, die Hysterektomie vorzunehmen. Kluges Abwägen wird bei diesem Schritt der Operation wesentlich sein und viel wird abhängen von den Verbindungen der Placenta. „Noli me tangere“ wird auf viele Placenten zu schreiben sein, und ein weiser Mann wird zu unterscheiden wissen, ob dies nicht gerade auf den unter seiner Behandlung stehenden Fall zutrifft.

Die Placenta kann, wie durch Fälle bewiesen ist, in den verschiedensten Teilen der Bauchhöhle sitzen und manchmal bringt ihre Lage es in Frage, ob wirklich „alle ektopischen Fälle ursprünglich tubare sind“. Ausser unter dem Centrum der Bauchwand finden wir sie auch manchmal im Cavum Douglasii, in der Fossa iliaca, vor den Lendenwirbeln, vor einer oder beiden Nieren, im Zusammenhang mit dem Mesenterium oder Colon, zwischen den Därmen vergraben und über dem kleinen Becken, am Magen, Uterus oder Netz haftend. Sie variiert stark in Bezug auf Grösse und Charakter und kann lose oder fest angeheftet sein. Ihre Ablösung hängt in hohem Grade davon ab, ob der Ort ihrer Anheftung ein fester oder in ständiger Bewegung ist. Es macht einen bedeutenden Unterschied, ob diese Masse am Os sacrum, Os ilei oder den Därmen festsitzt. Manche nehmen auch an, dass ihr septischer oder aseptischer Charakter davon abhänge, je nachdem sie mit Därmen in Verbindung steht oder nicht.

Die Erhaltung des mütterlichen Lebens kann manchmal unmöglich sein, gleichviel ob die Frucht tot oder am Leben ist; und die Geschicklichkeit des Operateurs kann an dem Zustand der Kranken scheitern, wie in Fall 75. Auf Grund der Erfahrung sind wir nicht für Schluss der Bauchwunde über der

Fortschritte in den Resultaten der Koeliotomie

No.	Datum der Operation	Operateur	Wohnort	Alter d. Pat.	2. grav.	Dauer der Schwangerschaft	Zustand der Pat. zur Zeit der Operation	Ausgang für die Mutter
31	1887. 29. Mai	Treub	Leiden	34	2	8½ Mon.	Anfälle von dumpfem Schmerz. Syncope. Fieber	Genesen
32	1887. 26. Juni	Spaeth	Hamburg	24	2	8 Mon.	Puls 116. Ikterus der Haut u. Conjunctiva. Nachts Fieber. Nachlass der Kräfte	Gestorben: 27. Juni an Sepsis
33	1887. 29. Okt.	Breisky	Wien	30	2	8 Mon.	Abdomen wie am Ende einer normalen Schwgft.: 98 cm Umfang: zwischen Nabel u. Symphyse rechts schräge Wölbung	Genesen
34	1888. 22. März	Lebec	Paris	35	2	8 Mon.	Kolik, Erbrechen, Schmerzen im Abdomen, rasche Kräfte-Abnahme	Gestorben nach 2 Std. an Blutverlust
35	1888. 10. Juli	Jos. Eastman	Indianopolis U. S. A.	39	2	8 Mon.	Wiederholte Anfälle von heftigen Schmerzen im Abdomen	Genesen
36	1888. 12. Okt.	Egon Braun v. Fernwald	Wien	31	3	8½ Mon.	Bleich, zart. Druck des Uterus nach unten. Schmerzen im Leib	Gestorben an Blutverlust bald nach der Operation
37	1888. 1. Nov.	Olshausen	Berlin	30	2	8½ Mon.	Fiebert: Abdomen links stark ausgedehnt: Allgemeinzustand befriedigend	Genesen
38	1889. 11. Febr.	Carl Braun v. Fernwald	Wien	?	3	9 Mon.	Abgemagert. anämisch. Husten u. Erbrechen. Abdomen stark ausgedehnt	Genesen
39	1889. 27. Febr.	Olshausen	Berlin	32	5	8²/₅ Mon.	Guter Gesundheitszustand	Genesen

zur Entbindung ektopischer lebensfähiger Früchte.

Ausgang für das Kind	Operations-Methode und Bemerkungen	Quelle u. s. w.
Lebend, männlich. Blieb am Leben u. gedieh: Schuljunge von 7½ Jahr bei der letzten Nachricht	Partielle Resektion des Sackes, der nicht an der Bauchwand adhärent war. Placenta extrahiert. Tamponade mit Jodoformgaze	Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. XV, 1888, p. 384. Mitteilg. vom 9. Nov. 1894.
Starb nach 24 Stunden. Klumpfüsse und Facialis-Paralyse. Abdruckleiste der Linea innominata. Gew. 2100 g, Länge 44 cm	Incision 5 cm links von der Linea alba. Placenta blieb in situ; geringe Blutung: Fruchtsack tamponiert; unterer Teil der Wunde mit Salicyl-Tannin-Pulver bestreut	Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. XVI, 1889. p. 274 u. 277.
Lebend: 5 Pfd.: starb nach 19 Tagen: Phlebitis der Nabelvene u. Abscess der Bauchwand	Plac. u. Fruchtsack aus einer Falte des Lig. latum exstirpirt, nach Ligatur der Gefässe. Placenta oben im Fruchtsack, unter dem Peritoneum	Wien. med. Wochenschr. 1887, Bd. 36, No. 48, p. 1553—1559.
Weiblich: Starb nach 24 Stunden	Incision rechts von der Lin. alba. Placenta an der vorderen Fläche u. dem Scheitel des Fruchtsackes. Hand geht durch die Placenta ein, Kind extrahiert; schwere Blutung, Pat. sehr erschöpft	Bullet. de la Soc. de Chirurgie de Paris. 1891, p. 274—277.
Weiblich; normal gebildet. 4½ Pfd. Starb nach 8 Mon. 13 Tagen an Pneumonie, die damals herrschte	Placenta unter der Incisions-Linie. Adhäsionen ligiert und durchtrennt. Boden d. Fruchtsackes abgeklemmt und über dem Stiel abgeschnitten. Rohr-Drainage	Am. Journ. of Obstetrics XXI. Sept. 1888. p. 929 bis 931. Mitteilung des Operateurs aus dem Jahre 1889.
Weiblich, lebend: 2380 g, 43 cm lang	Fruchtsack an der Bauchwand adhärent. Placenta ausgeschält. Insertions-Stelle vernäht. Starker Blutverlust bei der Operation	Arch. f. Gyn. 1890. Bd. 37, p. 287—291.
Weiblich, lebend: 5 Pfd. Gewicht nach 1 Jahr 14 Pfd., darnach aus den Augen verloren	Bauchschwangerschaft: Fruchtsack 6 Tage zuvor geplatzt; ursprüngl. Tuben-Schwangerschaft. Placenta und Reste des Fruchtsackes nach Ligierung des Lig. lat. exstirpiert	Deutsche med. Wochenschrift 1890, p. 174.
Weiblich, lebend: 45 cm lang, starb nach 12 Stunden an doppelseitiger lobul. Pneumonie, wahrscheinl. in Folge von Verschlucken von Fruchtwasser	Frucht frei im Abdomen, Plac. im Douglas, von einem Rest der Cyste bedeckt. Placenta abgelöst. Hysterektomie; Gaze-Tamponade	Arch. f. Gyn. 1890. Bd. 37, p. 287—291.
Lebend, klein. Klumpfüsse und asymmetrischer Schädel. Starb nach 1½ Stunden	Fruchtsack offen; kein Fruchtwasser. Placenta an den Därmen adhärent, in situ gelassen. Fruchtsack mit Jodoform-Gaze tamponiert. Plac. begann sich am 30. Tag zu lösen, am 34. ausgestossen	Deutsche med. Wochenschrift 1890, XVI. p. 172. Mitteilung vom 12. November 1894.

No.	Datum der Operation.	Operateur	Wohnort	Alter d. Pat.	♀ grav.	Dauer d. Gravidit.	Zustand der Pat. zur Zeit der Operation	Ausgang für die Mutter
40	1889. 22. Sept.	Negri	Venedig	34	4	8 Mon.	Allgemeiner Kollaps: Erschwerte Atmung. cyanotisch: fadenförmiger Puls	Genesen.
41	1890. 4. Febr.	Rein	Kiew	35	5	37 Woch.	Als günstig angesehen	Genesen.
42	1890. 25. Apr.	Galabin	London	33	7	7—8 Mon.	„ziemlich gut"	Gestorben nach 2 Tagen.
43	1890. 16. Juni	Chrobak	Wien	32	3	7½ Mon.	Heftige Schmerzen im Hypogastrium: Puls 130, bleich: hohläugig	Genesen.
44	1890. 24. Juni	John W. Taylor	Birmingham	35	5	9 Mon.	Mager, schlaflos. Intermittirende Schmerzen im Leibe. Allgemein-Zustand leidlich	Genesen.
45	1890. 16. Aug.	Negri	Venedig	26	1	8 Mon.	In articulo mortis	Gestorben.
46	1890. 21. Aug.	Schouen	Antwerpen	23	1	8 Mon.	Falsche Wehen	Genesen.
47	1891. 2, Febr.	Ludw. V. Schneider	Berlin	33	3	7 Mon.	Schmerzen in d. link Inguinal-Gegend. Abdomen stark ausgedehnt, auf Berührung empfindlich	Genesen.
48	1891 12. Febr.	Guéniot	Paris	34	4	7½ Mon.	Heftige Schmerzen von falscher Geburt	Gestorb. an Periton. Ein Schwamm im Abdom. zurückgelassen. 3 Tge. Wohlbefinden, d. Schmerzen u. Fieber etc.

Ausgang für das Kind	Operations-Methode und Bemerkungen	Quelle u. s. w.
Lebend, männlich: Gew. 1800 g, lebte 18 Stunden, Schädel asymmetrisch	Partielle Excision des Fruchtsackes, Abbindung seines unteren Teiles, Einnähung des Sackes in die Bauchwunde, Zurücklassen der Placenta. Tamponade des Sackes	Rivista Veneta di Scienza Med. Venezia. 1890. XII. p. 41,155. Mitteilung vom März 1897.
Lebend, männlich. Leichte Asymmetrie des Schädels. Gew. 3200 g. 1894 am Leben und gesund	Placenta und Eihäute durch Ausschälung entfernt, wie bei der Operation einer intraligamentären Ovarial-Cyste	Cent.-Bl. f. Gyn. 1892. XVI. p. 969—972 Mitteilung des Operateurs vom 7. Jan. 1895.
Lebend, männlich. Klumpfuss; starb nach 6 Wochen	Intraligamentäre Schwangerschaft, linksseitig. Placenta zurückgelassen, Fruchtsack in die Bauchwunde eingenäht. Nabelstrang kurz abgeschnitten. Rasche Zersetzung der Placenta mit tötlicher Blutung	Mitteilung des Operateurs vom 8. Dez. 1894.
Lebend. weiblich. 36 cm lang, Gew. 1120 g gestorben am 2. Tag	Incision in der Lin. alba. Zahlreiche Darm-Adhäsionen durchtrennt. Gefässe unterbunden. Frucht entfernt: Sack um Uterus adhärent. Elastische Ligatur am Sack u. Uterus. Placenta entfernt. Sack amputiert, Stumpf im unteren Wundwinkel fixiert	Wien. klin. Wochenschr. 1891. p. 184.
Lebend, weiblich. 7 Pfd. Rechts Talipes equinovarus. Gestorben an Krämpfen mit 5 Monaten	Kein Fruchtsack: Fötus frei in der Bauchhöhle: laterale Incision links. Plac. überdeckte das kleine Becken, erst am 12. Tage entfernt. Zur Stillung der Blutung styptische Schwamm-Kompression. Drainage-Rohr	Trans. Obst.-Soc. London. 1891. Bd. 32. p. 115-125. Mitteilung vom März 1897.
Lebend, Gew. 2250 g. Starb nach 2 Tagen	Koeliotomie: Extraktion der Frucht. P. starb infolge der Blutung. Operation hauptsächlich im Interesse des Kindes	Mitteilung des Operateurs vom 19. März 1897.
Lebend, normal gebildet. Starb bald	Incision in der lin. alb; Fruchtsack an die Bauchwunde genäht; Placenta in situ gelassen. Höhle mit Jodoform-Gaze tamponiert. Placenta stiess sich sehr langsam ab, vollständig erst nach 45 Tagen.	Annal. de la Soc. belge de Chirurgie. Bruxelles. 1894 p. 325.
Lebend, weiblich; normal entwickelt. Starb nach $3^1/_2$ Stunden	Incision. Fruchsack vor Eröffnung an die Bauchwand genäht. Frucht entfernt. Plac. unter starker Blutung abgelöst. Placentarstelle vernäht. Salicyl-Tannin und Jodoformgaze	Deutsch. med. Wochenschr. 1892 16. Sept. p. 822.
Lebend, Gew. 1200 g Deutliche Kompressions-Spuren am Schädel u. unteren Extremitäten infolge Fruchtwasser Mangel. Starb nach $^1/_4$ Stunde	Placenta gross; bei der Extraktion der Frucht angerissen, heftige Blutung: 15 cm Netz reseciert. Untere Wundhälfte von Placenta besetzt. Jodoformgaze-Tamponade und 4 Klemm-Pincetten	Mitteilung des Operateurs vom 19. Nov. 1894.

No.	Datum der Operation	Operateur	Wohnort	Alter d. Pat.	Zahl d. gravid.	Dauer d. Gravidit.	Zustand der Pat. zur Zeit der Operation	Ausgang für die Mutter
49	1891. 6. Juni	Frommel	Erlangen	31	3	9 Mon.	Abgemagert: Puls klein. frequent	Genesen
50	1891. 16. Juni	E. Sinclair Stevenson	Cap-Colonie	30	6	8½ Mon.	Symptome von Urämie: Urin stark eiweisshaltig	Genesen
51	1891. 19. Nov.	v. Strauch	Moskau	32	6	9 Mon.	Ohnmachten, gefolgt von Schmerzen im Unterleib	Genesen
52	1892. 27. Apr.	Handfield-Jones	London	26	2	250. Tag	Günstig	Gestorben 21 Tage nach der Operation
53	1892. 29. Apr.	Sippel	Frankfurt a. M.	29	2	7 Mon.	Pat. pulslos: Erbrechen: Symptome innerer Blutung	Gestorben nach 20 Stunden infolge der Blutung bei der Operation
54	1892. 23. Okt.	Mordecai-Price	Philadelphia	42	3	10 (?) Mon.	3 Nächte Wehenschmerzen. Os. ext. erweitert. Uterus enthält kleine Blutklumpen	Genesen
55	1892. 29. Dez.	Marchand	Paris	31	2	36 Woch.	In den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft ausgezeichnet	Gestorben am 31. XII. an Blutung von der Placentar-Stelle

Ausgang für das Kind	Operations-Methode und Bemerkungen	Quelle u. s. w.
Lebend: 42 cm lang, 1880 g schwer; wuchs in 4 Mon. bis zu 49 cm Länge und 3200 g Gew. Gestorben 14 Tage nach Verlassen der Klinik	Placenta konnte nicht entfernt. Fruchtsack nicht ausgeschält werden. Tamponade desselben mit Jodoform-Gaze und Einnähung in die Bauchwunde. Heilung erst nach 3 Monaten infolge Darmfistel	Münch. med. Wochenschr. 1892. Bd. 39 p. 2.
Lebend, weiblich: mittlere Länge. Extremitäten flektiert, in krampfhafter Stellung. Gestorben nach 48 Stunden	Koeliotomie: Fruchtsack incidiert. Durch Einreissen bei Extraktion der Frucht Blutung. Sack vor die Bauchwunde gezogen. Elastische Ligatur tief unten. Amputation desselben mit der Placenta. Stumpf in der Wunde fixiert	Trans. Obstetr. Soc. London. 5. März 1893. p. 175. Mitteilung des Operateurs vom 27. Nov. 1894.
Frucht athmete: 36 cm lang; Grösse von 7 Mon. Gew. 1096 g. Diam. biparict. 67 mm. Klumpfuss. Starb alsbald	Linke Tube und Placenta entfernt: schwere Blutung, gestillt durch Pincetten und Ligaturen	St. Petersburger med. Wochenschr. 15. Aug. 1892. p. 317–318.
Lebend, weiblich. 6½ Pfd. Mit 3 Mon. noch am Leben	Incision der Bauchwand: Spaltung des Peritoneums: Eihäute durchgeschnitten; Kind extrahiert. Nabelstrang kurz abgeschnitten: darnach Fruchtsack Rand an Rand in die Bauchwand eingenäht. Bauchwunde teilweise geschlossen	Mitteilung des Operateurs vom 12. Dez. 1894.
Lebend, weiblich: klein und zart. Keine Deformität. Starb nach 5 Tagen	Sack bei der Operation zerrissen: rasch incidiert. Kind entfernt; heftige Blutung. Kompression mit der Hand vergeblich. Unterbindung der Spermatica: Blutung steht, aber zu spät, um die Frau zu retten	Deutsche med. Wochenschr. 1892. Bd. XVIII p. 826. Mitteilung des Operateurs vom 9. Nov. 1894.
Lebend, weiblich, mittlere Länge: 9 Pfd. Schädel asymmetrisch. Arme beständig gebeugt. Schädel mit 4 Jahren ganz normal. Ungewöhnlich lebhaft und intelligent. Ein hübsches Mädchen von 4½ Jahren. Zuletzt gesehen 8. Mai 1897	Mediane Incision: Placenta zurückgelassen: Nabelschnur kurz abgeschnitten: Fruchtsack an die Bauchwand angenäht. Versuch, die Placenta am 12. Tage zu entfernen, verursacht Blutung. Nach der 3. Woche täglich Stücke schwärzlicher Placenta entfernt: am 33. und 35. Tag der Rest weggenommen	Trans. of State med. Soc. of Pennsylvania. XXIV. 1893. p. 151–161.
Lebend, weiblich. Gew. 2890 g. Keine Missbildung. Starb an Krämpfen im August 1893	Incision von 20 cm: Fruchtsack und Uterus herausgehoben. Sack incidiert und Frucht entfernt, nach elastischer Ligatur um Uterus und Sack. Nabelschnur 5 cm lang abgeschnitten: Placenta teilweise abgelöst; Schlauch entfernt, dafür Schwämme. Placenta-Oberfläche blutet. Sack mit Sublimat ausgespült. Jodoformgaze-Tamponade und Drainage	Thèse d'Orrillard. Paris 1894. p. 95—99.

No.	Datum der Operation	Operateur	Wohnort	Alter d. Pat.	Nr. d. grav.	Dauer der Gravidit.	Zustand der Pat. zur Zeit der Operation	Ausgang für die Mutter
56	1893 13. Apr.	Sneguireff	Moskau	32	1	8 Mon.	Pat. bleich u. anämisch. Allgemein-Zustand schlecht	Gest. n. 6 Std. an Shok und akut. Anämie
57	1893. 12. Mai	Urbain	La Bouverie (Belgien)	33	2	9 Mon.	Atemnot	Genesen
58	1893. 25. Aug.	Mc. Nutt	Oakland (Californien)	34	2	9 Mon.	Schmerzen im Unterleib: deliriert 36 Stunden bis zur Narkose	Gestorben an fortdauernd. Delirium in 48 Stunden
59	1893. 29. Aug.	Regnier	Wien	?	?	?	Kompliziert mit akuter Peritonitis	Genesen
60	1893. 1. Sept.	Roncaglia	Modena	32	2	$7^1/_2$ Mon.	Seit dem 2. Mon. unter Beobachtung: Diagnose: Tubargravidität	Genesen 1 Mon. i. Bett: über 1 Jahr noch in Beobachtung
61	1893. 15. Okt.	Treub	Leiden	34	4	$8^1/_4$ Mon.	Falsche Wehen. Fieber, Diarrhoe: Schmerz in der l. Seite des Unterleibs von foetalen Bewegungen. Ständig. blutiger Ausfluss	Genesen. Nach 21 Tag. entlassen
62	1893. 2. Dez.	Hofmeier	Würzburg	26	2	9 Mon.	Starke falsche Wehen seit 30. Nov.	Genesen
63	1893. 14. Dez.	Guéniot	Paris	32	6	9 Mon.	Hatte zahlreiche Anfälle von Peritonitis gehabt. Zur Zeit der Operation ziemlich guter Gesundheitszustand	Genesen

Ausgang für das Kind	Operations-Methode und Bemerkungen	Quelle u. s. w.
Lebend, männlich: Wuchs rasch. Starb mit $1^1/_2$ Jahr an Influenza	Incision direkt auf der Placenta, gefolgt von heftiger Blutung	Mitteilung des Operateurs vom 14. Juni 1895.
Lebend, weiblich: Gew. 4500 g. Vollständig normal	Sack über und hinter dem Uterus: wegen Adhäsionen nicht herausgezogen. Placenta entfernt, darauf Blutung. Tamponade mit aseptischer Gaze. Zahlreiche Klemm-Pincetten angelegt. Freier Teil des Fruchtsackes reseciert	Bullét. de la Soc. belge de Gynéc. 1893. p. 130.
Lebend, weiblich: Gew. 10 Pfd.: vollständig normal, anscheinend kräftig. Gestorben bald nach der Extraktion, wahrscheinlich an uraemischer Intoxikation	Plac. sitzt entlang dem Rande des recht. Lig. lat. und über dem Colon ascendens bis zur Leber. Frucht frei in der Bauchhöhle: Plac. bei der Operation abgelöst; Ligatur der Art. spermatica: Exstirpation des ganzen Uterus. Uterusfibrom am Beckenrand	Journ. of Amer. med. Assoc. Aug. 18 1894. XXIII, p. 278. Mitteilung des Operateurs vom Okt. 1894.
Männlich. Gew. 1700 g, 44 cm lang. Asphyktisch, nicht wiederbelebt	Plac. im link. Lig. lat.: Frucht frei in der Bauchhöhle. Supravaginale Amputation des Uterus. Sack, Placenta und Uterus entfernt	Gebh.-gyn. Ges. in Wien. 31. Okt. 1893. Centr.-Bl. f. Gyn. 1893. p. 1170.
Männlich: Gew. 1740 g, Länge 43 cm, lebte 23 Tage	Fruchtsack und Placenta in situ gelassen, Bauchwunde geschlossen. Heilung d. Wunde in 8 Tagen. Entlassen nach 30 Tagen. S. Fall 64, 9 Mon. später ebenso operiert	Annali di Ostetricia e ginecologia. Mai 1995. p. 273—296.
Lebend; kein physischer Defekt; Gew. 1700 g, Länge 41 cm. Bekam nach Erbrechen etwas Milch in die Luftröhre und starb wenige Stunden später am 18. Oktober	Erste Ruptur am 21. Mai; Frucht ohne Umhüllung; ohne Blutung entfernt. Rechts. tubo-uterine Schwangerschaft; Placenta entfernt; Lig. lat. unterbunden; supravaginale Amputation des Uterus. Jodoform auf den Stumpf; keine Drainage	Bull. et Mém. de la Soc. obstétr. et gynéc. de Paris. Febr. 1894. p. 40—46.
Frucht gab Lebenszeichen, atmete aber nicht	Placenta teilweise extrahiert. Langsame Genesung.	Anat. u. klin. Beitr. zur Lehre von der ektop. Schwangersch. Verh. d. phys.-med. Ges. zu Würzburg 1894. Bd. XXVIII, p. 11.
Lebend, weiblich. Gew. 2980 g. Gestorben am 16. Tag an Abscessen des Nackens und der Hüfte	Placenta an Coecum u. Bauchwand adhaerent; konnte zurückbleiben. Die Bauchhöhle mit künstlichem Serum ausgespült; drei grosse Jodoform-Gaze-Tampons eingeführt.	Mitteilung des Operateurs vom 19. Dez. 1894.

No.	Datum der Operation	Operateur	Wohnort	Alter d. Pat.	p. grav.	Dauer der Gravidität	Zustand der Pat. zur Zeit der Operation	Ausgang für die Mutter
64	1894. 13. Juni	Cullingworth	London	33	2	9 Mon.	Falsche Wehen. Erbrechen; fötale Bewegungen und Herztöne deutlich wahrzunehmen	Gestorben
65	1894. 4. April	Werder	Pittsburg	35	2	8½ Mon.	Pat. in gutem Zustande im Vergleich zu dem am Ende des 6. Monats	Genesen
66	1894. 4. Sept.	Potherat	Paris	30	2	7½ Mon.	Hochgradige Abmagerung. Elender Allgemeinzustand.	Genesen 2. Dez.
67	1894. 14. Sept.	Tournay	Brüssel	36	1	9 Mon.	Heftiger Krampf im l. Bein. Fötale Herztöne auf der linken Seite; rechtes Hypochondrium leer	Genesen in 1 Monat
68	1894. 21. Nov.	Eakins	Queensland Austral.	34	2	8½ Mon.	Hatte 10 Jahre kein Kind. Uterus leer gefunden	Gestorben. Gut. Aussicht a. Genesung. P. entfernte den Verband, um hineinzusehen. Verjauchung
69	1894. 21. Dez.	Rein	Kiew	33	2	30 Woch.	Schwach	Genesen
70	1895. 3. Febr.	Pestalozza	Florenz	33	3	38—39 Woch.	Heft. Anfälle von Peritonitis, hoh. Puls: Temperatur normal	Genesen

Ausgang für das Kind	Operations-Methode und Bemerkungen	Quelle u. s. w.
Lebend, männlich. Starb mit 7½ Mon.	Placenta und Fruchtsack intakt zurückgelassen. Bauchwunde geschlossen. Septische Symptome traten auf. Abdomen nicht wieder geöffnet bis zum 26. Tag. Placenta und Fruchtsack entfernt. Pat. starb nach 7½ Stunden. Dritte Operation dieser Art, erste mit tötlichem Ausgange. (S. Fall 60.)	Brit. med. Journ. 29. Dez. 1894. p. 1422—1425.
Lebend, männlich; Klumpfüsse, Asymmetrie des Schädels. Gew. 7½ Pfd. Starb an Pneumonie nach 4 Monaten	Spermatica links am Beckenrand abgeklemmt, ebenso Aeste der Uterina längs des linken Uterusrandes. Grosser Teil des Sackes entfernt: linke Sackwand am Dünndarm adhärent. Wird zusammengezogen und in die Bauchwunde genäht; Tamponade mit Jodoform-Gaze	New-York medical Record, Nov. 24., 1894. XLV. p. 641—644.
Männlich: wog unt. 1400 g. In Couveuse gehalten. Starb nach 4 Monaten	Sack und Placenta nicht entfernt. Tamponade mit Jodoform-Gaze. Sack in den unteren Wundwinkel eingenäht. Plac. stösst sich unter Irrigationen langsam aus, vollständig entfernt am 18. Tage	Bullét. de la Soc. belge de Gynéc. et d'Obstetr. 1894, p. 244—249.
Männlich. Gew. 2300 g; stark deformiert; starb nach 2 Stunden	Durch Gebrauch von Klemmen, Ligaturen und nach schrittweisesAbschneiden war der Operateur in der Lage, die ganze Placenta zu entfernen. Darnach Jodoform-Gaze-Tamponade	Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris. XXII. 1896. p. 34—36.
Lebend, weiblich	Schnitt trifft die Placenta; in heisser Carbollösung ausgerungenes Handtuch dient als Tampon. Abdomen mit Schwamm gereinigt; Kochsalz-Lösung eingegossen. Riss im Fruchtsack mit Silkworm genäht, ebenso die Sackränder an die Bauchwand befestigt. Sack mit Jodoformgaze ausgestopft, die am 3. Tag entfernt wird	Australian Med. Gazette. 15. März 1895. XIV. No. 3. p. 90—91.
Lebt; in der Couveuse aufgezogen. Photographie vom 30. Tage	Frucht und Placenta entfernt. Fruchtsack in die Bauchwunde eingenäht	Bulletin. Kiew. Mitteilung des Operateurs 30 Tage nach der Operation, Jan. 1895.
Lebend, weiblich. 48 cm lang, 3070 g schwer	Frucht frei im Abdomen. Fruchtsack und Placenta herausgewälzt: Hysterektomie	Annali di Ostetr. e Ginec., Juli 1895, p. 401—440.

No.	Datum der Operation	Operateur	Wohnort	Alter d. Pat.	z. grav.	Dauer der Gravidit.	Zustand der Pat. zur Zeit der Operation	Ausgang für die Mutter
71	1895. 2. Mai	Pinard	Paris	36	1	9 Mon.	Schmerzen im linken Schenkel, die Pat. in's Bett zwangen	Genesen
72	1895. 29. Sept.	Tauffer	Budapest	30	3	9 Mon.	Im 3. Mon. Ohnmachten; starke Schmerzen links im Leib. Erst normale Schwangerschaft angenommen, später Extrauterin-Schwangerschaft entdeckt	Genesen
73	1896. 26. Febr.	Hardié	Brisbane (Austral.)	32	3	8 Mon.	Nicht ernst; das Auftreten heftiger Schmerzen, ähnlich Wehen, verlangte sofortige Operation	Genesen
74	1896. 26. Febr.	Chrobak	Wien	35	7	9 Mon.	Normale Entbindung von einem lebenden Kinde 6 Tage zuvor. Bewegungen der ektopischen Frucht sehr kräftig	Genesen. Entlassen 22. März
75	1896. 7. Nov.	Ayers	New-York	35	4	7 Mon.	Grosse, aber abgemagerte Frau. Aengstlicher Gesichtsausdruck. Fötale Bewegungen sehr schmerzhaft. Abusus Morphini	Gestorben am 8. Nov.

Ausgang für das Kind	Operations-Methode und Bemerkungen	Quelle u. s. w.
Männlich; Gew. 2370 g; asymmetrisches Gesicht; lebte 3 Mon. später noch	Fruchtsack und Placenta zurückgelassen. Schwere Blutung. Blutgefässe sehr stark. Jodoformgaze-Tamponade	Annales de Gynécologie. 1895. p. 81—94.
Lebte, weiblich; Gew. 2630 g. Länge 45 cm; etwas missgebildet	Uterus, Ovarium, Tuben und (tubarer) Fruchtsack exstirpiert	Centr.-Bl. für Gynäk. 4. Jan. 1896. XX. p. 10—18.
Weiblich: mittlere Grösse von 8 Monaten. Lebte 6 Stunden	Lage der Placenta vor der Operation als unter der Linea alba diagnostiziert. Incision, um dieselbe zu vermeiden, in der linken Regio iliaca: keine Blutung. Fruchtsack an die untere Hälfte der Bauchwunde angenäht. Placenta zurückgelassen: wurde in 6 Wochen ausgestossen. Täglich Irrigation mit Borlösung	Brit. gyn. Journal. 1896/97. XII., p. 233—242. Mitteilung des Operateurs.
Männlich: voll entwickelt; schreit kräftig. Beim Verlassen der Klinik gesund	Placenta sitzt an der linken Seite des Uterus, der sie mit Blut versorgt. Elastische Ligatur um die Cervix in Höhe des inneren Muttermundes. Uterus und Adnexe entfernt. Extraperitoneale Stiel-Behandlung. Genesung verzögert durch rechtsseitige Pneumonie. Zwei starke Gefässe führten vom Uterus in die Placenta	Brit. med. Journal. 14. Nov. 1896. p. 78—79 (Annex.)
Frucht am Leben; linker Fuss einwärts gebogen, wie bei Talipes varus. Gew. 1620 g. Kopf unregelmässig geformt. Starb nach 3 Woch. an Inanition. Zur Zeit des Todes normalere äussere Form. Schwaches Kind infolge des Morphinismus der Mutter.	Incision in der Linea alba, etwa 14 cm lang: Kind entfernt. Placentar-Adhäsionen gelöst, Stiel ligiert und Placenta gänzlich entfernt. Jodoform-Gaze-Tamponade links unten im Becken und zur Bauchwunde heraus. Blut-Verlust auf 150,0 geschätzt. Operations-Dauer 45 Minuten. Tod zweifellose Folge des Morphium-Genusses. Am Schluss der Operation schon fast collabirt.	Medical News, New-York. 1897. p. 492—496. Mitteilung des Operateurs.

Placenta. Der Verlust von $^1/_3$ der Fälle ist zu gross für einen auf Theorie gegründeten Versuch. Warum das eine Mal die Frucht Jahre lang liegen bleibt, ohne irgend eine Störung zu verursachen, und das andere Mal rasch in Zersetzung übergeht, wissen wir nicht; ebenso wenig wissen wir, warum das eine Mal die Placenta unschädlich bleibt, das andere Mal aber wie ein Fremdkörper wirkt. Wir können wohl vermuthen, was für zahlreiche Ursachen in Thätigkeit treten, um eine Placenta unschädlich zu machen; da wir es aber nicht wissen können, ist es sicherer, dieselbe auszuschalten.

Manche ektopische Früchte stören den Gesundheitszustand der Mutter sehr, so dass diese auf solche Weise unter die Beobachtung des Arztes kommt; andere aber entwickeln sich bis zu Ende, sterben bei der falschen Geburt ab und erst ihre lange Retention führt auf den Gedanken, dass sie möglicherweise sich nicht im Uterus befinden. Wie lange über 9 Monate hinaus eine ektopische Frucht leben kann, ist unmöglich zu bestimmen. In Fall 74 lebte die Frucht wahrscheinlich 6 Tage über die Zeit, für Fall 54 wurde behauptet, dass sie 10 Monate lebte. Man sollte annehmen, dass die Frucht, wo sie dem uterinen Druck nicht ausgesetzt ist, sich auch länger am Leben erhalten könne.

Ich hielt es für besser, die Fälle in der Reihenfolge ihres Vorkommens anzuordnen und jeden Operateur selbst sagen zu lassen, wie er seine eigene Koeliotomie ausführte. Wenn man die Spalte „Operations-Methode" herunterliest, kann man sich dann ein Bild davon machen, wie man in einem eigenen Falle etwa handeln sollte. Schon bevor man die Bauchhöhle öffnet, kann man — eine kleine Zahl von Fällen ausgenommen — ungewiss sein, ob man den Einschnitt besser in der Linea alba oder seitlich machte. Im Zweifelsfall eröffne man in der Medianlinie. Nach der Incision soll in der Regel der nächste Schritt die Befreiung der Frucht sein, besonders wenn man die Unterbindung irgend welcher Gefässe, welche die Placenta versorgen, für angezeigt hält. Hat man es mit einem sehr gefässreichen Fruchtsack zu thun, so sind zunächst die Gefässe über der beabsichtigten Incisions-Stelle zu versorgen.

Auch noch einen anderen Grund haben wir für die chronologische Anordnung der Fälle: Der Leser kann so ausgezeichnet den Fortschritt in dem wichtigsten Resultat der Operation, der Erhaltung zweier Leben erkennen. Er kann so auch den Zusammenhang des früheren Zustandes der Patientin mit dem erzielten Resultat erkennen; denn bei einzelnen Operationen muss man sich schon vorher auf einen tötlichen Ausgang gefasst machen. Auch strebten wir, das spätere Schicksal der Frucht zu erfahren, ein nicht unwichtiges Element in manchen Fällen.

Von den im Ganzen 75 Operationen der beiden Tabellen fanden statt in:

Deutschland	17	mit 6	Genesungen
Gross-Britannien	12	„ 3	„
Vereinigte Staaten	8	„ 3	„
Oesterreich	8	„ 7	„
Frankreich	7	„ 3	„
Italien	7	„ 3	„
Russland	5	„ 4	„
Holland	3	„ 3	„
Australien	2	„ 1	Genesung
Belgien	2	„ 2	Genesungen
Cap-Colonie	1	„ 1	Genesung
Norwegen	1	„ 0	„
Schweden	1	„ 0	„
Dänemark	1	„ 0	„

39 Operateure führten in der gegenwärtigen Tabelle 45 Koeliotomieen aus: 6 Operateure hatten je 2 Fälle von den 45. 10 von diesen 12 Frauen genasen = 81¼ pCt. Eine Patientin wurde in extremis operiert und starb; bei einer wurde unglücklicher Weise ein Schwamm zurückgelassen, der tötliche Peritonitis verursachte.

Um die fortschreitende Besserung der Resultate bei den 75 Operationen zu zeigen, brauchen wir blos zu konstatieren, dass von den ersten 38 10 und von den folgenden 37 26 gerettet wurden. In einigen Ländern, wie in Oesterreich und Russland, ist der Erfolg besonders bemerkenswert gewesen: 87½ und 80 pCt. Wir beglückwünschen Prof. Treub, der nicht nur 2 Frauen rettete, sondern auch einen 10 jährigen Schuljungen für sich sprechen lassen kann. Die Bilder von all diesen Dreien sind in meinem Besitz. Prof. Rein (Kiew) rettete nicht nur 2 Frauen, sondern auch 2 kleine Knaben.

Der weitere Erfolg der Koeliotomie zur Entbindung ektopischer lebensfähiger Früchte wird in Zukunft abhängen von dem Vorhandensein dreier vorteilhafter Umstände:

1. Die zu operierende Frau muss in einem relativ guten Gesundheits-Zustand sein.
2. Die Placenta muss günstig sitzen, entweder behufs Exstirpation, oder um sie sich selbst zu überlassen. Und
3. Sie muss eine nahezu normale Configuration haben.

Vorausgesetzt ist dabei, dass der Operateur den nötigen Grad von Geschicklichkeit besitzt; doch giebt es „Verhältnisse", wo alle Geschicklichkeit aufhört. In den Fällen 32, 45, 53, 58 und 75 konnte man, wenn überhaupt irgend welche, nur wenig Hoffnung hegen, die Frauen am Leben zu erhalten. Anscheinend günstige Fälle werden unter den geschicktesten Händen manchmal verloren gehen; aber dieser Bruchteil darf nur ein sehr kleiner sein. Auf die Lage und Anheftung der Placenta haben wir schon hingewiesen; die Tüchtigkeit des Operateurs zeigt sich am besten im Ersinnen von Mitteln, um die angetroffenen Schwierigkeiten zu überwinden und die Frau zu erhalten.

Wir kommen nun zur Betrachtung des dritten Punktes, der von ungewöhnlichem Interesse ist. Die Placenta einer ektopischen Frucht ist histologisch gleich einer intrauterin entwickelten; aber in der äusseren Gestalt ist sie ganz verschieden. Es ist sogar möglich, dass keine Placentarbildung vorhanden ist, sondern dass die Nabelschnur-Gefässe direkt mit denen der Mutter anastomosieren, wie sich dies bei der Autopsie fand, die William Trumbull in den „Memoirs of the Medical Society of London", Vol. III, Artikel XIII, p. 176—214, beschrieb. Die Frucht war hier voll entwickelt, weiblich und frei von jeder Missbildung. Das wäre ein günstiger Fall für eine Koeliotomie gewesen, indem die Nabelschnur hätte kurz unterbunden werden können und für eine Placenta nicht weiter zu sorgen war. Auf der anderen Seite können wir eine Placenta von enormer Grösse antreffen, wie dies bei einer Operation von Prof. J. G. Thomas (New-York) der Fall war, wo dieselbe die ganzen Därme flächenhaft bedeckte, die von dem Colon ascendens, transversum und descendens im Bogen umgrenzt werden. Diese Placenta wurde auf 4 Pfund geschätzt. Auch noch andere sehr grosse Placenten fand man, von denen eine $6^1/_2$ cm dick war. Man hielt diese Vergrösserung für eine Art von Hypertrophie. Sitz und Anheftung spielen eine grosse Rolle bei der Art des Wachstums. Die Placenta kann schmal und dünn, breit und dünn oder schmal und dick sein. Man nimmt an, dass sie fester haftet, als im Uterus. In manchen Fällen ist sie auch in verschiedene Abschnitte geteilt.

Der Fall von Schreyer (Hamburg 1837) ist von manchen Autoren zu einem zweiten gemacht und Frank zugeschrieben worden, der ihn berichtete; er ist absichtlich in der Tabelle fortgelassen worden, obgleich sowohl Mutter wie Kind gerettet wurden. Die beigegebenen Bemerkungen zeigen, dass es kein ektopischer war. „Das Ei war keine Adhäsionen eingegangen; die Placenta konnte rechts von der Incision gefühlt werden. Das Kind wurde lebend und ohne Schwierigkeit extrahiert. Die Placenta, welche nicht berührt werden sollte, löste sich spontan einige Minuten später und erschien zwischen den Wundrändern. Sie wurde sammt den Eihäuten ausgezogen." Wo war da die Muskelkraft, welche die Placenta nebst den Eihäuten löste und austrieb? Ein ektopischer Fruchtsack hat keine solche Kontraktionskraft.

II.

Aus der I. Universitäts-Frauenklinik des Herrn Prof. Schauta in Wien.

Beitrag zur Kenntnis der Blasenmolen und des „malignen Deciduoms".

Von

Dr. JULIUS NEUMANN,

klinischer Assistent.

(Schluss.)

Wie eingangs erwähnt, hatte ich meine Untersuchungen zu dem Zwecke angestellt, um die histologischen Verhältnisse gewöhnlicher Blasenmolen mit denjenigen in solchen Fällen zu vergleichen, in welchen sich im Anschluss an die Blasenmole eine maligne Neubildung im Uterus entwickelte.

Den direkten Anlass hierzu gab der hier ausführlich mitgeteilte Fall von Blasenmole, bei welchem noch während der Zeit, als sich die Blasenmole im Uterus befand, Symptome aufgetreten waren, mit denen sonst das maligne Deciduom einherzugehen pflegt. Hier musste die Blasenmole selbst als ein malignes Gebilde erscheinen, denn sie hatte zu einer Metastase in die Scheide geführt.

Ausser dieser Blasenmole standen mir zu einer vergleichenden Untersuchungsreihe noch zwei weitere Molen zur Verfügung. Die Fälle, von denen die beiden Blasenmolen herstammen, habe ich in einer früheren Arbeit bereits ausführlich beschrieben[1]). Ich wiederhole hier nur einige wichtige Punkte aus den betreffenden Krankheitsgeschichten.

Eine 29jährige Frau war zum 5. Male schwanger. Sechs Monate nach Ausbleiben der Periode wurde eine Blasenmole aus dem Uterus entfernt. Vier Wochen nach Ausräumung der Mole stellten sich Blutungen aus dem Genitale ein, und als die Frau nach weiteren zwei Wochen abermals die Klinik aufsuchte, war bereits eine Scheidenmetastase vorhanden. Auf Grund der Probeauskratzung wurde nun die Diagnose auf malignes Deciduom gestellt und der Uterus und die Scheidenmetastase exstirpirt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Chorionzotten im Uterus und überdies eine Geschwulst, welche von beiden Sorten des zelligen Ueberzuges der Zotten ausgehend, in die Uteruswand eingedrungen war.

Es sind jetzt mehr als 2½ Jahre seit der Operation vergangen; die Frau ist vollkommen gesund geblieben.

Der zweite Fall ist bereits im Jahre 1893 vorgekommen. Eine 51jährige Frau war zum 13. Male schwanger. Im 4. Monate nach Ausbleiben der Periode wurde wegen andauernder Blutungen eine Blasenmole ausgeräumt. Hierbei trat eine lebensgefährliche Blutung aus dem Uterus auf; es musste

[1]) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. Heft 5.

sofort die Laparotomie gemacht werden und der Uterus wurde nun supravaginal amputirt. Die Frau starb einige Tage nach der Operation an Peritonitis und Pneumonie.

Die später von mir ausgeführte mikroskopische Untersuchung stellte fest, dass es sich um eine maligne Neubildung handelt, welche gleichfalls von den beiderlei Zottenepithelien ausgegangen war. Die Zotten waren abnorm tief in die Gefässe eingedrungen und die maligne Neubildung nahm sowohl von derartigen Zotten als von den an der Haftstelle befindlichen ihren Ausgang. Als besonders bemerkenswert wurde das Fehlen der Serotina in diesem Falle angegeben.

Bei makroskopischer Betrachtung der zu diesen drei Fällen gehörigen Blasenmolen merkt man gar keinen wesentlichen Unterschied; auch gleichen sie den früher beschriebenen fünf Molen vollkommen. Die Blasenmole des jüngst an unserer Klinik vorgekommenen Falles mit Scheidenmetastase während der Schwangerschaft ist in Formalin gehärtet worden und da erhielten sich die Blasen in ihrer ursprünglichen Form sehr schön. Hierdurch sieht das Präparat etwas anders aus als die anderen alten, welche seit langer Zeit in Alkohol liegen. Dass aber kein wesentlicher Unterschied besteht in dem Aussehen der Blasenmolen unserer beiden Kategorien von Fällen ergiebt sich aus dem Vergleiche mit einer gleichfalls in Formalin gehärteten Mole, welche als fünfte in der ersten Serie beschrieben wurde. Nur eine kleine Verschiedenheit zwischen diesen zwei in Formalin gehärteten Molen fiel mir auf. Bei genauer Betrachtung der Blasen merkt man meist ein zartes, gelbliches, stellenweise abgeschürftes Häutchen. An manchen Stellen sieht man nun an den Blasen der Mole mit der Scheidenmetastase dieses Häutchen wie punktartig verdickt und unter der Lupe kann man wahrnehmen, dass diese Stellen sich zum Theil über die Oberfläche der Blase erheben, zum Theil aber unter die Oberfläche, also in die Blase hineinragen. Es ist mir sehr wahrscheinlich, dass diese bis stecknadelkopfgrossen Verdickungen, welche sich an den gewöhnlichen Blasenmolen nur als Erhabenheiten an der Oberfläche der Cystenwand präsentiren (Mettenheimer), den zu beschreibenden mikroskopischen Veränderungen entsprechen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man im Wesentlichen die der Blasenmole eigentümlichen Veränderungen der Zotten. In allen drei Molen, von denen jetzt hier die Rede sein soll, sind die degenerativen Veränderungen am Zottenstroma die vorherrschenden; eine wesentliche Vermehrung des Chorionbindegewebes ist nicht vorhanden. Einzelne, den grossen Blasen entsprechende Zotten sind ganz zusammengefallen und lassen nur eine schmale Schicht des bindegewebigen Stroma erkennen; in anderen Zotten ist das Stroma bis auf einige spärliche Faserbalken reducirt und diese nehmen den Farbstoff nur ungenügend auf. Häufig ist in den Maschen des rareficirten Stroma Schleim eingelagert.

Die epitheliale Bekleidung der Zotten wird nur stellenweise von den gewöhnlich vorkommenden zwei Schichten gebildet. Insbesondere ist die Zellschicht an vielen Zotten nicht mehr zu

sehen und auch dort, wo sie vorhanden, ist sie nicht um die ganze Peripherie der Zotte herum sichtbar. Wucherungen der Zellschicht kommen aber doch oft genug vor, so namentlich an der Spitze von Zotten und auch frei, zwischen den Zotten gelagert, trifft man grosse Herde von Zellen an, auf deren Beschreibung ich noch zurückkommen werde. Das Syncytium bildet an den im Inneren vollständig verflüssigten und den nekrotischen Zotten meist nur einen schmalen, continuirlichen Protoplasmasaum von gewöhnlicher Beschaffenheit. An den nicht nekrotischen Blasenzotten aber ist das Syncytium fast überall vielfach in Wucherung begriffen. Die Formen dieser syncytialen Wucherungen sind die bekannten. Zunächst kommen sehr häufig Keulen vor, dann guirlandenartige oder friesartige Wucherungen mit zahlreichen Vacuolen. Auf diese Weise besitzt der syncytiale Ueberzug der Zotten gelegentlich eine ganz bedeutende Breite. Frei zwischen den Zotten trifft man auch grosse syncytiale Klumpen an mit zahlreichen, dunklen Kernen. Auf die nähere Beschreibung dieser bekannten Bildungen einzugehen, halte ich für überflüssig. Zu betonen ist, dass Mitosen in den syncytialen Wucherungen nicht aufzufinden sind und dass in Folge degenerativer Veränderungen der syncytialen Protoplasmamassen häufig mehrere Blasenzotten durch eine homogene Kittsubstanz mit einander verlötet sind.

Von der grössten Wichtigkeit ist, dass man im bindegewebigen Stroma zahlreicher Zotten einzelne, grosse zellige Elemente sieht, die für das Zottenstroma als völlig fremdartig zu betrachten sind. Es sind das oft grossmächtige epitheloide Zellen mit homogenem Protroplasma von ovaler oder länglicher Form und nicht eben scharfer Begrenzung. Der relativ grosse Kern ist meist excentrisch gelagert, besitzt eine rundliche oder ovale Form, weist ein dichtes Kerngerüst auf und ist daher stark gefärbt. Die Messung einer solchen Zelle mit etwas schärferen Kontouren ergab folgende Dimensionen. Zellleib 53 μ lang, 27 μ breit, Kern 26 μ lang, 22 μ breit. Oft befinden sich auch zwei oder mehrere Kerne in einer Zelle. Mitosen sind nirgends zu finden. Derartige Zellen sind entweder ganz vereinzelt in einer Zotte, gelegentlich beträgt aber ihre Zahl an einem Zottendurchschnitt bis zu 20. Hierdurch gewinnt nun die Zotte ein ganz eigentümliches, fremdartiges Aussehen. Schon bei schwacher Vergrösserung sind diese Gebilde in den Zotten bemerkbar und bei stärkerer Vergrösserung springen sie sofort ins Auge. Die Zellen liegen entweder neben- oder hintereinander, meist parallel zur Faserung des Bindegewebes, wenn hiervon überhaupt die Rede sein kann (Fig. 2.) Wer das Bild nur einmal gesehen hat, erkennt es sofort wieder, so auffällig und deutlich sind diese Veränderungen. Herr Prof. Schauta hat an der Hand schematischer Zeichnungen den Studenten im Collegium diese in den Zotten gelagerten Zellen beschrieben und es erkannte jeder auf den ersten Blick, welches der beiden im Mikroskop eingestellten

Präparate einer gewöhnlichen Blasenzotte und welches einer derartig veränderten Zotte entsprach.

Für denjenigen, der die beim malignen Deciduom in die Uteruswand nach Art von Sarkomzellen eindringenden isolirten Zellen kennt, ist es sofort klar, dass es sich auch hier im Zottenstroma um dieselben zelligen Gebilde handelt. In meinen schon früher beschriebenen Fällen von maligner Neubildung des Uterus im Anschluss an Blasenmole konnte dort, wo noch Chorionzotten vorhanden waren, der direkte Nachweis erbracht werden, dass diese grossen Zellen Abkömmlinge des Syncytium seien. Und ich habe nicht einen Moment gezweifelt, dass auch diese im Zottenstroma gelagerten grossen sarkomähnlichen Zellen vom Syncytium abstammen.

Es ist sehr leicht, für diese Behauptung auch an der Blasenmole den direkten Nachweis zu liefern. Betrachtet man an Schnitten von einer gewöhnlichen Blasenmole die Grenze zwischen Zottenstroma und dem dasselbe überziehenden Epithelmantel, so merkt man, dass diese Grenze insbesondere dort, wo die Zellschicht noch erhalten, durch eine scharfe, stark lichtbrechende Linie gekennzeichnet ist. Aber auch an denjenigen Zotten, an welchen die Zellschicht nicht mehr vorhanden ist, grenzt sich das syncytiale Protoplasma deutlich gegen das Zottenstroma ab, wenn nur der Schnitt annähernd senkrecht geführt ist. In den hier zu beschreibenden Blasenmolen der zweiten Kategorie ist nun diese Grenze an zahlreichen Zotten ganz undeutlich. Und von dem Syncytium, welches an der Oberfläche meist in starker netzartiger Wucherung begriffen ist, erstrecken sich in das Stroma der Zotte stellenweise Protoplasmazüge, welche spornartig in die obersten Schichten des Stroma vorragen. Dadurch, dass oft mehrere derartige Sporne nebeneinander liegen, ist die Zotte arkadenartig von den syncytialen Wucherungen umlagert (Fig. 3). Mit dieser eigenartigen Einwucherung syncytialer Protoplasmamassen in das unterliegende Bindegewebe geht gleichzeitig eine Veränderung der syncytialen Kerne einher. Während nämlich die Kerne in den syncytialen Wucherungen an der Oberfläche klein und meist länglich sind, werden sie in denjenigen Antheilen des Protoplasma, welches direkt an die Zotte grenzt und bereits in das Stroma eindringt, beträchtlich grösser, rundlich und die Kerne lagern hier auch oft in dichten Haufen neben einander. Das homogene Protoplasma ist jedoch gelegentlich noch weit ab von den Kernen bis tief in das Zottenbindegewebe hinein als zarte, kernlose Masse zwischen dem feinen Fasernetze des Stroma zu verfolgen (Fig. 4). An anderen Stellen ragt von der Zottenoberfläche her in das Stroma eine scharf begrenzte syncytiale Wucherung hinein, zahlreiche, stark gefärbte Kerne enthaltend. In nächster Nähe von diesen Protoplasmamassen kann man dann im Zottenleib die vorhin beschriebenen grossen isolirten Zellen wahrnehmen. Ihre Abstammung vom Syncytium wird noch dadurch sicherer, dass von den Zellen mit scharf begrenztem Protoplasmaleib zu den un-

deutlich contourirten Protoplasmamassen, welche in das Stroma hineinragen, auch allmählige Uebergänge bestehen. Denn viele der isolirten Zellen haben keine scharfen Contouren und manchmal sieht man, wie das Stroma von Protoplasmazügen durchzogen ist, in welchen zerstreute grosse Kerne liegen. Es hat an solchen Stellen den Anschein, als ob mehrere grosse Zellen netzartig mit einander zusammenhängen würden.

Nach sorgfältigem Studium zahlreicher Präparate habe ich den Eindruck gewonnen, als wenn sich das Syncytium wie eine zähe Flüssigkeit oder wie die Pseudopodien einer Amöbe in das Stroma ergösse und hier in den Lücken des Bindegewebes schärfere Formen annehmen würde.

Ich kann in der weiteren Schilderung der histologischen Verhältnisse an diesen Vergleich anknüpfen. Die Zellen und Protoplasmamassen liegen also in Lücken des Bindegewebes. Diese Thatsache ist das wichtigste Moment in der Begründung, dass es sich wirklich um innerhalb des Zottenstroma gelagerte Zellen handelt. Bei einer und derselben Einstellung der Mikrometerschraube sieht man diese zelligen Elemente in den vielleicht schon vorher bestandenen oder durch die eingewanderten Zellen geformten Lücken des Bindegewebes, und damit ist auch der sichere Nachweis erbracht, dass hier nicht eine Täuschung durch Flachschnitte vorliegt. Die Zellen liegen also gewiss nicht auf dem Stroma, sondern im Stroma. Auf andere Weise ist das freilich sehr schwer zu beweisen. Zunächst wäre daran zu erinnern, dass die Form der beschriebenen zelligen Elemente dem die Zotte normaler Weise überziehenden Syncytium und auch der Zellschicht absolut nicht entspricht. Derartige grosse Zellen kommen ja für gewöhnlich an der Zottenoberfläche nicht vor, und auch ihre Anordnung in einzelnen Exemplaren passt nicht hierfür. Flachschnitte an der Oberfläche der Zotte und Schrägschnitte sind ja ausserordentlich häufig und genug erschwerend beim Studium dieser histologischen Verhältnisse an den Zotten. Aber da ist das Bild ein ganz anderes. Man sieht dann zahlreiche, mit einer gewissen Regelmässigkeit nebeneinander angeordnete Kerne und kann bei verschiedener Einstellung mit der Mikrometerschraube sofort sehen, dass es sich um Dinge handelt, welche auf dem Stroma gelagert sind.

Ich bin mir wohl bewusst, dass ein Schnitt durch eine Zotte nur dann eine absolut einwandsfreie Erklärung zulässt, wenn die Oberfläche überall genau senkrecht getroffen ist. Dafür, dass dies der Fall ist, wird man einstehen können, wenn die Zotte an ihrer Oberfläche allenthalben in normaler Anordnung ihren epithelialen Ueberzug trägt. Wenn aber das Syncytium in abnormer Breite vorhanden ist, wie soll man da wissen, ob die Zotte senkrecht getroffen und das Syncytium gewuchert ist oder ob nicht durch einen zur Oberfläche in schräger Richtung geführten Schnitt das Bild entstanden war? Ich habe auch deswegen in Fig. 2 eine Zotte abgebildet, in welcher der Schnitt wohl ziemlich senkrecht zur Oberfläche geführt ist. Hier sind,

an diesem Schnitte wenigstens, keine auffallenden syncytialen Wucherungen an der Oberfläche; die Abstammung der im Stroma befindlichen Zellen vom Syncytium ist jedoch mit Sicherheit nachzuweisen, da das syncytiale Protoplasma stellenweise in das Protoplasma der grossen Zellen direkt übergeht. Zum Vergleiche mit dem Bilde der gewöhnlichen Blasenmole sei in Fig. 1 ein Zottenstück abgebildet, welches von der Blasenmole Nr. 5 der ersten Serie stammt.

Ein weiterer Umstand, der die Abstammung der im Stroma befindlichen grossen Zellen vom Syncytium bestärkt, ist, dass der Farbenton des Protoplasmaleibes dieser Zellen mit dem des Syncytium vollkommen übereinstimmt. Dies ist schon bei Färbung mit Hämatoxylin-Eosin oder Congorot zu constatiren. Als geradezu beweisend für die syncytiale Herkunft der beschriebenen Zellen halte ich Präparate, welche nach van Gieson gefärbt sind. In solchen Schnitten ist das Chorionbindegewebe schön rot gefärbt, während die im Stroma eingelagerten zelligen Elemente eine gelbbraune Färbung zeigen, genau so, wie das syncytiale Protoplasma an der Oberfläche der Zotte.

Zu erwähnen ist, dass grosse syncytiale Protoplasmaklumpen, welche Riesenzellen ähnlich sind, im Zottenstroma nur sehr selten angetroffen werden und da ist das Bindegewebe stark rareficirt.

Es könnte ferner die Frage aufgeworfen werden, ob die grossen Zellen im Zottenleib nicht etwa veränderte oder jugendliche Stromazellen sind. Diese Eventualität erschien jedoch von Anfang an unwahrscheinlich und ist auch mit Rücksicht auf den direkten Nachweis, dass diese Elemente von dem Epithelmantel der Zotte abstammen, nunmehr auszuschliessen. Ich hebe hier hervor, dass an den Molen, welche viele Jahre in Alkohol gelegen hatten, eine Veränderung des Stroma zu sehen ist, welche auf den ersten Blick den Eindruck macht, als wenn der Zottenleib aus epitheloiden Zellen zusammengesetzt wäre. Die Bindegewebsfasern färben sich nämlich dann sehr schlecht und die kleinen Kerne liegen scheinbar frei in Lücken. Hierdurch hat es den Anschein, als ob polygonale Epithelien bei einander liegen würden. Bei genauerer Betrachtung lässt sich dies jedoch ohne weiteres ausschliessen. Möglicherweise trägt zu diesen Veränderungen des Zottenstroma auch die Nekrose bei.

Stromazellen sind also die beschriebenen grossen zelligen Gebilde im Zottenleib gewiss nicht. Ich betone dies noch aus einem anderen Grunde so nachdrücklich. Bekanntlich hat Gottschalk[1]) einen Fall als Sarkom der Chorionzotten beschrieben, und es könnte vielleicht den Anschein erwecken, als wenn auch hier dieselben Gebilde vorliegen würden. Aber ich brauche nur daran zu erinnern, dass diese „sarkomatösen Chorionzotten" Gottschalk's nach Marchand's Klarstellung — wie sich Ruge[2])

[1]) Arch. f. Gyn., Bd. 46.
[2]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33, p. 388.

ausdrückte — gar nicht als Chorionzotten anzusehen sind. Vielmehr ist es nun bekannt, dass die von Gottschalk beschriebenen Gebilde den schlauchförmigen Wucherungen ensprechen, aus welchen sich das in den meisten Fällen von „malignem Deciduom" anzutreffende Geschwulstgewebe zusammensetzt. Ein Vergleich meiner Bilder mit den betreffenden Abbildungen von Gottschalk genügt, um jeden zu überzeugen, dass ich wirklich Chorionzotten beschreibe. Und daran ist ja auch nicht zu zweifeln, wenn man bedenkt, dass ich hier die mikroskopischen Verhältnisse von Molenblasen schildere.

Dass das Stroma selbst in gar keiner Weise an der Bildung dieser grossen Zellen beteiligt ist, geht ferner aus dem folgenden Umstande hervor. Gerade an denjenigen Zotten, in welchen die Einwanderung der syncytialen Elemente am schönsten ausgesprochen ist, kann man nachweisen, dass das Chorionbindegewebe in seiner Textur sehr gut erhalten ist. Also die Durchsetzung des Zottenleibes von Geschwulstzellen ist vorwiegend an solchen Zotten zu beobachten, die noch nicht der Nekrose verfallen sind und das ist ja verständlich. Denn von der Nekrose wird ja das Syncytium früher befallen als das Stroma, und wenn man dennoch in nekrotischen Zotten Geschwulstelemente antrifft, so sind diese eben schon früher eingewandert.

Zu erwähnen ist, dass eine vollständige Ersetzung des Zottenstroma durch die beschriebenen zelligen Elemente nicht constatirt werden kann. Findet man aber grosse Herde von Einzelzellen, die eventuell syncytialen Ursprunges sein könnten, ohne dass von einem Zottenstroma noch etwas vorhanden wäre, so kann ja nicht behauptet werden, dass eine vollständig ersetzte Zotte vorliege. Man muss dann vielmehr von freien derartigen Zellwucherungen sprechen.

Schliesslich wäre noch das Verhalten der Zellschicht anzugeben und die Frage zu erörtern, ob die grossen Zellen im Zottenstroma vielleicht von dieser abstammen. Auch hierfür liegt kein Anhaltspunkt vor. Abgesehen von dem Nachweise, dass syncytiale Abkömmlinge in das Stroma einwandern, würde ja schon die Anordnung dieser Zellen im Gewebe dem widersprechen, was wir über die Wucherung der Elemente der Zellschicht im fremdartigen Gewebe wissen. Ich habe in zwei früher beschriebenen[1]) Fällen constatiren können, dass die Elemente der Langhans'schen Zellschicht, ähnlich den Carcinomzellen, in grossen Gruppen in das Gewebe eindringen und auch von den gutartigen Wucherungen dieser Zellart an den Zottenköpfen und im Zwischenzottenraum ist es bekannt, dass sie stets in grossen Herden anzutreffen sind. Es spricht auch der Umstand, dass man in den grossen Geschwulstzellen im Zottenstroma nirgends Mitosen auffinden kann, gegen die Herkunft derselben von der Zellschicht, an deren Elementen die indirekte Zellteilung so häufig zu beobachten ist.

---

[1]) l. c.

Es weist also Alles auf das Syncytium hin als eigentliche Keimstätte dieser Geschwulstelemente.

Während nun das Syncytium fast überall auch an der Zottenoberfläche in Wucherung begriffen ist, beteiligt sich die Zellschicht in weit geringerem Masse an den Wucherungen. Ja, an vielen Zotten ist sie überhaupt nicht zu sehen. Gar so spärlich sind aber die Stellen nicht, wo auch die Zellschicht in mehrfacher Schicht, bei scheinbar senkrechten Schnitten, angetroffen wird. Aus den vielen Präparaten, die ich daraufhin durchgesehen habe, geht hervor, dass die Elemente der Zellschicht in keinem dieser drei jetzt in Rede stehenden Blasenmolen in den Zottenleib eingedrungen waren. Und das ist um so bemerkenswerter, als in zwei dieser Fälle eine Beteiligung der Zellschicht an der Geschwulst im Uterus nachgewiesen worden war. Nur in einigen Präparaten der Blasenmole des in meiner Arbeit über das maligne Deciduom als ersten beschriebenen Falles besteht der Verdacht einer atypischen Wucherung, ausgehend von der Zellschicht. Ich fand nämlich in einer Zotte durch mehrere Schnitte hindurch mitten im Zottenleib eine Gruppe von Zellen, ähnlich einem Neste von Krebszellen. Ich möchte es jedoch unentschieden lassen, ob nicht vielleicht doch ein Flachschnitt durch eine Falte vorliegt, insbesondere mit Rücksicht darauf, dass in zahlreichen anderen Präparaten Aehnliches nicht zu sehen war. Zu erwähnen wäre noch, dass das Syncytium diese Wucherungen der Zellschicht dort, wo sie vorhanden sind, gelegentlich auch durchbricht und so in das darunter gelegene Stroma eindringt. Es ist das jedoch deswegen ein seltenes Vorkommen, weil die Zellschicht inconstant ist.

Bevor ich auf die zwischen den Zotten freiliegenden Zellknoten eingehe, möchte ich bemerken, dass die Zotten durchwegs gefässlos sind. Ob aber die beschriebenen Geschwulstzellen nicht in Lücken liegen, welche stellenweise der früheren Gefässanlage entsprechen, vermag ich nicht zu entscheiden.

Zwischen den Zotten kommen in diesen Blasenmolen ebenso wie in den gewöhnlichen Molen auch freie Zellwucherungen vor. Sie stellen sich dar als grosse Herde isolirter Zellen, welche durch eine feinkörnige oder streifige Kittsubstanz mit einander zusammenhängen. Diese Wucherungen entsprechen offenbar den Zellknoten der Placenta, wie man sie auch in den gewöhnlichen Blasenmolen sieht. Dies geht ferner daraus hervor, dass man den Zusammenhang dieser Zellen mit der Zellschicht gelegentlich nachweisen kann. Während aber sonst das Syncytium in diesen Wucherungen für gewöhnlich nicht angetroffen wird, kann man in diesen Blasenmolen constatiren, dass an der Oberfläche solcher Zellherde meist ein syncytialer Ueberzug vorhanden ist. Es liegt die Möglichkeit vor, dass es sich hier um abgekappte Wucherungen handelt, wie sie an den Zottenköpfen vorkommen und es kann uns nicht wundern, wenn das Syncytium die Elemente der Zellschicht überzieht. Dies wäre also nicht auffallend, denn auch in ge-

wöhnlichen Blasenmolen kommen derartige Bilder vor. Aber das Syncytium beschränkt sich nicht allein darauf, die Zellen als einfacher Saum einzuschliessen, sondern an einzelnen Stellen dringt das Syncytium auch zwischen die Elemente der Zellschicht ein. Das ist nun ein Verhalten, welches soweit mir bekannt, für gewöhnlich nicht vorkommt. Ausdrücklich will ich jedoch hervorheben, dass dies nur gelegentlich zu beobachten ist und dass ein wirkliches Geschwulstgewebe, wo das Syncytium in Form eines Balkengerüstes die Elemente der Zellschicht durchzieht und umschlingt, in den hier beschriebenen Blasenmolen nicht vorkommt.

Sowohl in den ersten fünf Blasenmolen, als in diesen letzteren drei Fällen von Blasenmole habe ich ferner Zellcomplexe gesehen, welche an die isolirten zelligen Abkömmlinge des Syncytium erinnern. Aber die Natur der einzelnen Zelle in diesen Herden festzustellen, stösst auf grosse Schwierigkeiten. Und man ist oft nicht in der Lage, sagen zu können, ob syncytiale Abkömmlinge oder Elemente der Zellschicht vorliegen. Diese letzteren kennzeichnen sich durch Mitosen, wo diese noch erkennbar sind. Merkwürdigerweise haben sich auch in den alten Alkoholpräparaten die Mitosen sehr gut erhalten und es ist nicht selten, dass man in einem Gesichtsfeld bis zu acht Kernteilungsfiguren zählen kann.

Das sind also im Wesentlichen die Verhältnisse, wie sie an drei Blasenmolen, welche mit einer malignen Neubildung im Uterus einhergingen, zu erheben sind. Ich habe zahlreiche Schnitte gemacht und in keinem der zuerst beschriebenen Blasenmolen habe ich je auch nur annähernd etwas Aehnliches gesehen[1]). Und in den Schnitten, die ich von den verschiedensten Stellen der eben beschriebenen drei Blasenmolen anfertigte, habe ich die geschilderten Verhältnisse an den Chorionzotten mit grosser Constanz erheben können. Ich kann nur sagen, dass fast jeder Schnitt je eines Falles das nämliche Bild giebt und doch liefern erst alle Schnitte einer Reihe zusammen in reizvoller Abwechslung den Eindruck, der zum richtigen Verständnis dieser höchst eigenartigen Veränderungen führt.

[1]) Auch unter den eingangs erwähnten acht Blasenmolen, welche nicht signirt sind und daher ausgeschieden werden mussten, fand ich nur in einer Blasenmole die beschriebene Zottenerkrankung mit atypischer Wucherung des Syncytium. Ich kann jedoch weder diesen einzelnen positiven Befund, noch die negativen Befunde an den übrigen sieben Blasenmolen in einem bestimmten Sinne verwerten, da weder die Abstammung des Präparates, noch das weitere Schicksal der einstigen Trägerin der Mole bekannt ist. Doch möchte ich hier erwähnen, dass die Nachforschungen, welche ich über sämtliche Frauen erhob, die in den letzten 10 Jahren an unserer Klinik wegen Blasenmole in Behandlung gestanden hatten, ergaben, dass nur eine einzige Frau gestorben sei. Laut amtlicher Todesanzeige starb diese Frau wenige Wochen nach ihrer Entlassung aus der Klinik. Leider konnte ich über die Todesursache garnichts in Erfahrung bringen. Es scheint mir nicht unwahrscheinlich, dass die unsignirte maligne Blasenmole von dieser Frau stammt. (Ein zweiter Todesfall ist bereits früher angegeben worden.)

Ich muss jedoch auf einige Verschiedenheiten der histologischen Verhältnisse in diesen drei Blasenmolen eingehen, die sich auf die Häufigkeit im Vorkommen der geschilderten Anomalien beziehen. Am schönsten ausgesprochen findet sich die atypische Wucherung des Syncytium in dem Falle, in welchem es sechs Wochen nach Ausräumung der Blasenmole zur Exstirpation des Uterus wegen malignen Deciduoms gekommen war. Das, was als das Wichtigste meiner Befunde anzusehen ist, nämlich das Vorkommen von Geschwulstelementen im Zottenstroma ist in den Schnitten aus dieser Blasenmole so ausserordentlich häufig, dass man fast in jeder Zotte, deren Stroma einigermassen gut erhalten ist, diese Anomalie constatiren kann. In unserem neuen Falle von Blasenmole, in welcher es noch während der Schwangerschaft zu einer Scheidenmetastase gekommen war, ist die Einwanderung der Geschwulstzellen in die Zotten etwas weniger häufig und verhältnissmässig am spärlichsten sind diese in den Schnitten von der destruirenden Mole. Aber es besteht kein Zweifel, dass in allen drei Fällen analoge Verhältnisse vorliegen. Auch in den Schnitten der destruirenden Blasenmole gelingt es fast in jedem Schnitte Geschwulstzellen im Stroma einzelner Zotten nachzuweisen und es liegen also nur Verschiedenheiten bezüglich der Häufigkeit der geschilderten Zottenerkrankung vor.

Worauf das zu beziehen ist, kann man schwer sagen. Man sollte meinen, dass in dem Falle, in welchem die maligne Erkrankung noch während der Gravidität manifest wurde, dadurch, dass eine Metastase in der Scheide entstand, die Zottenerkrankung in der Blasenmole am meisten vorgeschritten sei. Allerdings ist zu bedenken, dass die Scheidenmetastase nicht als Anhaltspunkt dienen kann für die Beurteilung, ob die Geschwulstbildung im Uterus weit gediehen ist oder nicht. Als sicher ist anzusehen, dass die Metastasenbildung in der Scheide von Geschwulstkeimen ihren Ausgang nimmt, die durch die Blutbahn verschleppt worden sind. Und diese Verschleppung kann um so leichter erfolgen, als wir wissen, dass die Chorionzotten in die mütterlichen Gefässe eintauchen. Die Lostrennung von Zotten oder Geschwulstkeimen durch den Blutstrom kann aber zu jeder Zeit der Gravidität erfolgen und dass dieses Ereignis eintreten könne zu einer Zeit, wo die Geschwulstbildung an der Haftstelle erst im Beginne ist, beweist eben der eingangs mitgeteilte Fall. Denn hier ist es am Uterus noch zu keiner ausgebreiteten Zerstörung gekommen, trotzdem eine Scheidenmetastase vorhanden war. Ja, es ist gar nicht von der Hand zu weisen, dass Chorionzotten oder deren Epithelien in die Organe des Körpers verschleppt werden, bevor überhaupt die maligne Neubildung begonnen hat und auch die Ansicht von Gottschalk[1]) und von Apfelstedt[2]) ist als möglich zuzugeben, dass sogar in nor-

[1]) l. c.
[2]) l. c.

malen Fällen Chorionzotten oder zellige Elemente derselben auf diese Weise fortgetragen werden, obzwar dies nur hypothetisch ist. Möglich ist ferner, dass von derartigen verschleppten Zotten erst nachträglich die maligne Neubildung, also selbständig ausgeht. Somit kann man aus dem Vorhandensein eines Knotens in der Scheide nicht ohne weiteres schliessen, dass an der primären Stelle des Eies selbst die maligne Neubildung bereits entwickelt oder gar weiter vorgeschritten sei. Es scheint mir auch sehr wahrscheinlich, dass die Blasenmole in diesem Falle deswegen die Zottenerkrankung in geringerem Masse darbietet, weil die Neubildung vor nicht langer Zeit erst begonnen hatte und das geht ja auch aus der mikroskopischen Untersuchung des Uterus hervor.

Aber noch ein anderer Umstand scheint mir verantwortlich gemacht werden zu müssen für das verschiedene Verhalten des Syncytium zum Stroma, und das ist die Beschaffenheit der Zellschicht. Dort, wo diese vorhanden oder gewuchert ist, da scheint auch das Vordringen des Syncytium gegen das darunter gelegene Bindegewebe ein beschränkteres zu sein. Auf diese Weise möchte ich es erklären, warum in dem Falle von destruirender Blasenmole verhältnissmässig weniger Geschwulstzellen im Zottenstroma liegen, denn hier ist die Zellschicht relativ gut erhalten. In dem Falle jedoch, in welchem die Einwanderung der zelligen Elemente in das Stroma so häufig war, ist die Zellschicht bereits an den meisten Zotten nicht mehr nachweisbar. Es dürfte somit, in Analogie des normalen Vorkommens der Zellschicht, diese Verschiedenheit der histologischen Verhältnisse in den drei Blasenmolen mit dem Alter der Blasenmole zusammenhängen. Und da ist nun sehr bemerkenswert, dass sich aus den Krankheitsgeschichten dieser Frauen thatsächlich eine Bestätigung hierfür ergibt. Die Frau, deren Blasenmole am schönsten die Merkmale der malignen Degeneration aufweist, hatte ihre letzte Periode im März 1894 und erst am 10. Oktober, also ungefähr sieben Monate später wurde die Mole ausgeräumt. Die Frau mit der destruirenden Blasenmole menstruirte im Jänner 1893 zum letzten Male, die Mole wurde am 5. Mai entfernt; sie war demnach höchstens vier Monate alt. Und in unserem neuen Falle war die Periode Ende Juli 1896 zum letzten Male aufgetreten; die Mole wurde am 14. November, somit im vierten Monat der Schwangerschaft, ausgeräumt. Es ergiebt sich hieraus die bemerkenswerte Thatsache, dass die Geschwulstelemente im Zottenstroma bei derjenigen Blasenmole am häufigsten angetroffen worden sind, welche am längsten im Uterus verweilte. Ob hieraus vielleicht entnommen werden kann, dass mit dem Alter der Blasenmole die Prädisposition zur Entwickelung einer malignen Neubildung überhaupt eine grössere ist, oder ob hierdurch nur die histologischen Verhältnisse beeinflusst werden, muss vorläufig dahingestellt bleiben. Jedenfalls wird das Alter der Blasenmole bei

Stellung der Diagnose einer eventuellen malignen Degeneration derselben in Betracht zu ziehen sein.

Ausdrücklich soll jedoch nochmals betont werden, dass in jeder dieser drei Blasenmolen die nämlichen abnormen Verhältnisse vorliegen und dass nur quantitative Unterschiede bestehen. Nach den Untersuchungen in diesen drei Fällen möchte ich glauben, dass die maligne Degeneration an allen Teilen der Mole in gleichem Masse vorhanden ist. Jede Zotte ist allerdings nicht nachweisbar erkrankt oder vielmehr: es lässt sich in einem Schnitte nicht an jeder Zotte die maligne Wucherung nachweisen. Aber, wie auseinandergesetzt wurde, dürfte das mit der Ernährung der Zotte und der Beschaffenheit des Stroma zusammenhängen. Und es sei hier nochmals erwähnt, dass die Einwucherung des Syncytium in den Zottenleib am schönsten an den gut ernährten Zotten mit dichterem Stroma vorkommt.

Bei der Auffälligkeit der geschilderten Anomalien würde es ein Leichtes sein, dieselben in einem anderen Falle wieder aufzufinden, auch, wenn die Zottenerkrankung nicht häufig wäre. Denn die Diagnose der Zottenerkrankung liess sich, wenigstens in den drei mitgeteilten Fällen, schon aus einzelnen Schnitten stellen. Man könnte glauben, dass es nur ein Zufall sei, wenn ich gerade solche Stellen aus den Blasenmolen untersuchte, wo diese Verhältnisse so deutlich waren. Denn es wäre denkbar, dass die Zottenerkrankung nur an einzelnen Teilen der Mole vorhanden sei, an anderen aber fehle. Aber ich mochte, ohne viel zu suchen, von irgend welcher Stelle der Mole Stückchen zur Untersuchung nehmen, immer ergab sich positiver Ausfall der Untersuchung und schon im ersten Schnitte unzweifelhaft atypische Wucherung. Und das ist es, was diesen Befunden erst den praktischen Wert verleiht. Deswegen möchte ich auch glauben, dass die maligne Degeneration an allen Teilen der Mole in gleichem Masse vorhanden sei. Ob diese Ansicht, welche für meine Fälle — soweit das überhaupt möglich ist — durch die mikroskopische Untersuchung als Thatsache hingestellt werden kann, sich für alle Fälle von maligner Neubildung nach Blasenmole als richtig herausstellen wird, müssen erst weitere Untersuchungen lehren.

In die Pathologie des „malignen Deciduoms" gewinnen wir durch disse Befunde einen weiteren Einblick. Mit dem Nachweis der Zottenerkrankung ist der Beweis geliefert, dass die maligne Neubildung schon während der Schwangerschaft ihren Anfang nehmen kann. In zwei Fällen war diese Thatsache schon früher festzustellen. In dem einen Falle dadurch, dass noch während der Gravidität eine Scheidenmetastase entstand, in dem anderen wies die mikroskopische Untersuchung des unmittelbar nach Ausräumung der Mole notgedrungener Weise exstirpirten Uterus den Beginn der Neubildung für die Zeit der Schwangerschaft nach. Aber in dem dritten Falle liefern diese Untersuchungen noch eine weitere wichtige Bereicherung der Lehre vom malignen Deciduom. Hier wurde es erst sechs Wochen

nach Ausräumung der Blasenmole möglich, die Diagnose der malignen Neubildung zu machen; also zu einer Zeit, als schon die Scheidenmetastase vorhanden war und man kann von Glück sagen, dass damals nicht auch schon Metastasen in den Lungen vorhanden waren und so die Frau durch die Operation noch gerettet werden konnte. Trotzdem nun, dass die Erscheinungen der malignen Neubildung in diesem Falle erst mehrere Wochen nach der Entleerung des Uterus aufgetreten waren, bestand das Neoplasma schon zur Zeit der Schwangerschaft, es war somit eine imminente Lebensgefahr für die Frau vorhanden und wir hatten keine Ahnung davon. Wir liessen die Frau, nachdem die Mole entfernt und das Wochenbett abgelaufen war, ruhig nach Hause gehen; gaben ihr die Weisung mit, sich ab und zu in der Klinik einzufinden und so kam sie denn auch, als neuerdings Blutungen aufgetreten waren und sie selbst sich krank fühlte. Es ist daher sehr wichtig, dass in diesem Falle, in welchem die Neubildung scheinbar erst nach Ausstossung der Blasenmole entstand, der Nachweis geliefert wurde, dass das Neoplasma schon während der Gravidität begann, denn die Mole selbst trägt bereits die Zeichen der malignen Degeneration an sich.

Weitergehende Schlüsse kann man aus diesem Falle freilich nicht ziehen. Und obzwar es auffallend ist, dass in allen drei Fällen von maligner Neubildung des Uterus nach Blasenmole die maligne Wucherung schon während der Schwangerschaft begonnen hatte, so wäre es doch ganz gut möglich, dass in anderen Fällen die Disposition zur bösartigen Entartung und mit dieser die Geschwulstbildung erst nach Entleerung des Uterus eintritt. Die Neubildung könnte also ihren Ausgang von zurückgebliebenen Resten nehmen, in der Weise, wie die allgemeine Ansicht dies bisher angenommen hat. Sollte es sich jedoch, wie ich eher glauben möchte, durch weitere Beobachtungen bestätigen, dass die maligne Neubildung in vielen Fällen schon während der Gravidität beginnt, so besitzen wir in den Resultaten dieser Untersuchungsreihe sichere Anhaltspunkte, um die Diagnose des „malignen Deciduoms" so früh als möglich zu stellen.

Eine weitere Einschränkung des diagnostischen Wertes dieser Befunde wäre auch dadurch denkbar, dass die Neubildung, auch wenn sie während der Gravidität entsteht, nur von einem Teile der Mole ausgeht. Unter solchen Umständen würde der Nachweis der malignen Degeneration an der Mole vielleicht unmöglich sein, da sich ja die kranken Stellen an der Blasenmole makroskopisch nicht sicher erkennen lassen und zur mikroskopischen Untersuchung gerade gesunde Partien gelangen könnten. Dies scheint mir aber nicht sehr wahrscheinlich, denn in meinen Fällen sind, wie erwähnt, an allen untersuchten Stellen die Veränderungen in gleicher Weise zu constatiren, welche auf die maligne Degeneration zu beziehen sind.

Selbstverständlich widerspricht diese Thatsache der Anschauung Marchand's nicht, der die Serotina als Ausgangspunkt der malignen Neubildung bezeichnete. Denn für den Uterus oder

die mütterlichen Weichteile kommt natürlich nur die Haftstelle des Eies in Betracht. Die Erkrankung kann sich naturgemäss nur dort in die Gewebe der Mutter fortsetzen, wo diese mit dem Ei in Verbindung stehen. Von der Möglichkeit einer Impfmetastase kann vorläufig abgesehen werden, da eine solche für diese malignen Neubildungen bisher nicht nachgewiesen ist.

Nachdem es mir gelungen war, die hier ausführlich geschilderten Veränderungen an denjenigen Blasenmolen, welche durch eine maligne Neubildung des Uterus complicirt waren, zu erheben, da musste ich mich fragen, wieso es denn kam, dass mir diese höchst auffällige Erkrankung des Zottenstroma bei der Untersuchung der Uteri entgangen war? Ich erinnere daran, dass in den zwei von mir früher beschriebenen Fällen von malignem Deciduom nach Blasenmole noch Chorionzotten im Uterus gefunden wurden. Ich schrieb damals über das Verhalten der Zellwucherungen zum Zottenleib, dass die Zellen von der Oberfläche der Chorionzotten wegwucherten. Es schien mir, dass die Verdrängung des Zottenstroma durch die Geschwulstelemente relativ erst sehr spät erfolge und das sprach dafür, dass das Chorionbindegewebe nur eine untergeordnete Bedeutung für die Geschwulst besitze.

Nach abermaliger Durchmusterung meiner zahlreichen Schnitte aus den erkrankten Stellen der beiden Uteri war ich nicht wenig erstaunt, als ich fand, dass das Stroma jener Zotten, von welchen die in den Uterus eindringende eigentliche Geschwulst ausging, von Geschwulstzellen meist frei geblieben war. In dem Falle von destruirender Blasenmole, in welchem sich in zahlreichen, wahrscheinlich durch Zerstörung von Gefässen entstandenen Nestern der Uteruswand Zotten befanden und auch an der Oberfläche noch Chorionzotten vorhanden waren, ist der Leib dieser Zotten mit ganz vereinzelten Ausnahmen von Geschwulstzellen frei. Konnte dies auch damit in Zusammenhang gebracht werden, dass sich die Zellschicht in diesem Falle in hervorragender Weise an den Wucherungen im Uterus beteiligt, so war es um so auffälliger, dass auch in dem Falle, in welchem die Erkrankung der Blasenmole selbst in so ausgeprägter Weise constatirt werden konnte, die Verhältnisse nicht wesentlich anders lagen. Auch in diesem Falle sind die im Uterus zurückgebliebenen Zotten meist frei und nur in wenigen finden sich Geschwulstelemente im Stroma. Wie diese merkwürdige Thatsache zu erklären ist, vermag ich nicht zu sagen. Deutet sie auf ein erhöhtes excentrisches Wachstum hin an der Haftstelle oder lässt sich vielleicht daraus, dass das Syncytium dort, wo es in das mütterliche Gewebe einzudringen vermag, mit Vorliebe in dieses und nicht in das embryonale Gewebe wuchert, ein Anhaltspunkt für die mütterliche Abstammung des Syncytium gewinnen? Möglicherweise ist hierfür auch die Verschiedenheit der Textur der mütterlichen und fötalen Gewebe, vielleicht die verschiedene Ernährung der Gewebe oder die Saftströmung massgebend.

Von unserem neuen Falle ist diesbezüglich nicht viel zu sagen, denn in diesem wurden nur einige Zottenreste aufgefunden. Zu erwähnen wäre jedoch, dass an einem solchen Zottenreste in der Scheidenmetastase einzelne grosse Geschwulstelemente im Stroma liegen.

So kam es nun, dass mir die Erkrankung des Zottenleibes in den früher beschriebenen Fällen entgangen war. In der Ansicht, dass die Geschwulst erst nachträglich von zurückgebliebenen Zottenresten ausgehe, legte ich damals auf die Untersuchung der Blasenmole selbst zu wenig Gewicht.

Der diagnostische Wert der mitgeteilten Befunde an den Blasenmolen wird jedoch dadurch, dass das Stroma der im Uterus noch vorhandenen Chorionzotten keine oder nur vereinzelte Geschwulstelemente enthält, nicht beeinträchtigt. Denn für die Diagnose der malignen Neubildung ist in denjenigen Fällen, in welchen die Geburt schon vor längerer Zeit stattgefunden hatte, das Resultat einer Probeauskratzung und die Auffindnng des charakteristischen Geschwulstgewebes massgebend.

Sehen wir uns einmal die in der letzten Zeit ziemlich angewachsene Litteratur über das „maligne Deciduom" an, so erscheint es anfangs etwas eigentümlich, dass die constatirten höchst auffälligen Befunde an den Chorionzotten bisher nicht beschrieben worden sind. Soweit ich die Arbeiten über diesen Gegenstand jetzt abermals daraufhin durchsehen konnte, fand ich, dass auch nicht in einem einzigen Falle von malignem Deciduom über eine mikroskopische Untersuchung der vorausgegangenen Blasenmole oder Placenta berichtet wird.[1]) Das erklärt sich aber einfach daraus, dass die Kranken meist erst Wochen oder Monate nach abgelaufener Schwangerschaft zur klinischen Beobachtung gelangten. Das Ei selbst dürfte also den meisten Autoren nicht mehr zur Verfügung gestanden haben und deswegen vermisst man in den Publikationen irgend welche Angaben hierüber. Es wäre gewiss sehr interessant, noch nachträglich an derartigen Präparaten die histologischen Verhältnisse festzustellen.

Auch in denjenigen zu dieser Gruppe von Neubildungen gehörigen Fällen der Litteratur, in welchen noch Chorionzotten im Uterus vorhanden waren, ist ein ähnlicher Befund nicht gemacht worden. Zunächst sind derartige Fälle nur in sehr geringer Zahl bekannt; sie stammen aus älterer Zeit, und es ist nicht einmal ganz sichergestellt, dass sie wirklich Fälle von „malignem Deciduom" sind.

---

[1]) Nach Abfassung dieser Schrift erschien die Abhandlnng von Eugen Fraenkel (Maligne Tumoren des Chorionepithels. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann Nr. 180), in welcher über die Untersuchung einer Blasenmole bei malignem Deciduom berichtet wird (p. 904). Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Collegen Fraenkel war ich in der Lage, ein Stückchen dieser Mole zu untersuchen und auch in diesem Falle konnte stellenweise eine atypische Wucherung des Syncytium nachgewiesen werden.

Ich durchsuchte schliesslich die Arbeiten über die Blasenmole und die Placenta, um nachzusehen, ob nicht ähnliche histologische Verhältnisse, wie in meinen drei Blasenmolen vielleicht zufällig einmal gefunden worden sind; aber vergebens. Nur Virchow[1]) macht eine Bemerkung, die hier erwähnt werden muss. Nichts sei bei der Blasenmole gewöhnlicher, „als einzelne Zellen mit hellen, blasenförmigen Räumen versehen zu finden. Es sind dies Zellen, wie ich sie unter dem Namen der Physaliphoren beschrieben habe. Man findet sie sowohl in dem Epithel, wie H. Müller angiebt, als auch in dem Parenchym der Zotten, wie Mettenheimer und Wedl es darstellen". Mettenheimer[2]) selbst schreibt hierüber Folgendes: „Die Zellen, von denen schon oben einmal die Rede war, traf ich nur bei den jüngsten Cysten immer in enger Verbindung mit der Cystenwand an, in den älteren waren sie an den Wänden nicht mehr zu finden, dafür aber in der Cystenflüssigkeit". Ich habe nun nicht den Eindruck gewonnen, dass Mettenheimer wirklich im Zottenstroma gelegene Zellen beschreibt und auch seine Abbildung No. 5, in welcher es diesen Anschein haben könnte, zeigt nichts Derartiges. Er selbst bezeichnet diese Figur als „Zotte, an welcher die Cystenzellen und ihre epitheliumartige Ausbreitung besonders deutlich sichtbar sind". Meiner Meinung nach handelt es sich jedoch hier, wie auch sonst überall, wo Mettenheimer von Zotten an der Cystenwand spricht, nicht um Chorionzotten, sondern um syncytiale Keulen. Nebenbei bemerkt, führt dieser Autor die Entstehung der Cysten auf diese Gebilde zurück. Aber selbst wenn sich diese Beschreibung auf Chorionzotten bezieht, so entspricht schon die Anordnung und das Aussehen der Zellen absolut nicht dem, was ich beschrieben und abgebildet habe. Auch Wedl[3]) spricht nur von Epithelien und embryonalen Zellgewebselementen.

Nach alledem dürfte es wohl sicher sein, dass die von mir mitgeteilten Veränderungen der Chorionzotten als neue Befunde anzusehen sind. Ich habe gefunden, dass die an dem Aufbau des „malignen Deciduoms" sich betheiligenden zelligen Elemente in denjenigen Blasenmolen, welche mit einer derartigen Neubildung complicirt waren, Wucherungen eingehen, welche in den gewöhnlichen Blasenmolen nicht aufzufinden sind. Wohl konnte das für das maligne Deciduom charakteristische Geschwulstgewebe nicht angetroffen werden, wie ich das von vorneherein vermutete; aber ich beschrieb frei zwischen den Molenblasen gelegene Zellherde, in welchen das Syncytium ein ausserordentliches Verhalten zeigt, indem es sich nicht allein darauf beschränkt, die Elemente der Zellschicht zu überziehen, sondern auch zwischen diese Zellen eindringt.

---

[1]) Die krankhaften Geschwülste, I. Bd., p. 410.

[2]) Mikroskop. Untersuchung einer Hydatidenmole. Müller's Arch. f. An. u. Phys. 1850, p. 424.

[3]) Grundzüge d. path. Histologie. Wien 1854. p. 205 u. 504.

Sicher als eine atypische Wucherung des Syncytium ist ferner dessen geschildertes Verhalten zum Chorionbindegewebe und die im Zottenstroma angetroffenen grossen, isolirten syncytialen Abkömmlinge anzusehen. Wenn es auch nicht angeht, aus der Einwucherung des Syncytium in fötales Gewebe irgend welche hypothetische Schlüsse über die histogenetische Abstammung des Syncytium anzustellen, so muss doch nachdrücklich auf diese Erkrankung des fötalen Bindegewebes hingewiesen werden. Denn meine Befunde liefern den in der Pathologie wohl einzig dastehenden Nachweis, dass mütterliches und fötales Gewebe, Uterus und Chorionbindegewebe, zu gleicher Zeit von einer atypischen Zellwucherung ergriffen werden könne. Kossmann[1]) hat also nicht Recht behalten mit seiner Ansicht, dass man nach den malignen Herden der Erkrankung in dem Ei vergeblich suchen wird.

Die Zottenerkrankung ist in direkte Analogie zu setzen mit der Neubildung im Uterus, soweit sich diese auf die syncytialen Wucherungen bezieht. Hier wie dort ist die Identität der histologischen Verhältnisse unverkennbar; ja, wir haben gesehen, dass gerade an den Zotten die allmählige Entwickelung der isolirten syncytialen Geschwulstzelle aus dem Syncytium in befriedigender Weise und mit Sicherheit nachgewiesen werden kann. Und hierin liegt eine weitere Bestätigung der Lehre über den histogenetischen Ursprung des „malignen Deciduoms". Es könnte jedoch der Umstand, dass eine atypische Wucherung der Zellschicht in den von mir beschriebenen Blasenmolen mit Sicherheit nicht zu constatiren ist, von den Gegnern der Marchandschen und der auch von mir verfochtenen Ansicht, nämlich, dass sich an der Geschwulstbildung gewöhnlich auch die Zellschicht beteiligt, gegen diese Anschauung verwertet werden. Nun, es ist ja gewiss höchst auffällig, dass die Elemente der Zellschicht in diesen Blasenmolen nirgends mit Sicherheit ein atypisches Verhalten erkennen lassen. Nach meinen Untersuchungen an den schon früher beschriebenen Uteris hätte ich erwarten dürfen, dass die Zellschicht an den Zotten eine carcinomähnliche Wucherung darbieten würde; das ist aber nicht der Fall und nur an einzelnen Zellen bestand der Verdacht eines Krebszapfens im Zottenbindegewebe. Trotzdem halte ich an den Thatsachen fest, welche ich an den Geschwülsten im Uterus erhoben hatte und ich muss die Erklärung dieser eigenthümlichen Verschiedenheiten in dem histologischen Verhalten der Zellschicht weiteren Untersuchungen überlassen. Eine befriedigende Lösung dieser Frage wird vielleicht an besser conservirten Objekten und jedenfalls erst dann, wenn die Histogenese des epithelialen Ueberzuges der Chorionzotten wirklich sichergestellt ist, möglich sein.

Durch das Verhalten der Zellschicht in den Blasenmolen bin ich ferner in meiner Ansicht nur bestärkt worden, dass die Zellschicht in der Neubildung eine mehr untergeordnete Rolle spielt.

---

[1]) Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. II, p. 104.

Denn auch im Uterus werden die von ihr abstammenden Zellwucherungen von denjenigen des Syncytium stets überholt und sowohl für die Gewebsersetzung als für die Metastasenbildung kommen, schon wegen der Eigenart ihres Verhaltens zum Gewebe und zu den Gefässen, die Abkömmlinge des Syncytium in erster Linie in Betracht. Der eingangs mitgeteilte Fall jedoch, in welchem sich allein syncytiale Geschwulstzellen an der Neubildung beteiligen und nur in der Umgebung der Zottenreste Elemente der Zellschicht vorhanden sind, charakterisirt sich durch die durchwegs gleichartigen histologischen Verhältnisse der Blasenmole nur als eine Abart des „malignen Deciduoms".

Wenn aber wirklich die Wucherungen des Syncytium für die ausserordentliche Malignität dieser Neubildungen verantwortlich gemacht werden können, so fragt es sich, welche Bedeutung hat die Erkrankung der Chorionzotte? Bei der Blasenmole ist dies für das Ei natürlich nebensächlich. Sollte jedoch, wie ich glauben möchte, im gegebenen Falle auch an der Placenta ein ähnlicher Befund zu erheben sein, so ist die Annahme sehr naheliegend, dass von den primär erkrankten Stellen aus die Geschwulstbildung nicht nur im mütterlichen Gewebe erfolgen wird, sondern dass durch die Zottengefässe Geschwulstkeime möglicherweise auch in den Embryo verschleppt werden. Die Kenntnisse über das Verhalten der syncytialen Geschwulstzellen zu den Gefässen berechtigen sehr wohl zu dieser Annahme.

Die Resultate, welche sich aus diesen hier mitgeteilten Untersuchungen ergeben, fasse ich folgendermassen zusammen:

Die Blasenmole ist nicht als jenes harmlose Gebilde anzusehen, wofür sie noch bis vor wenigen Jahren galt.

Die Erfahrung, dass der Blasenmole in manchen Fällen eine äusserst bösartige Neubildung folgt, die rasch zum Tode führt, wird durch die Beobachtung erweitert, dass diejenigen deletären Folgen, welche sonst erst nach der Geburt auftreten, so die Metastasenbildung, während der Schwangerschaft eintreten können.

Die mikroskopische Untersuchung der Uteri weist ebenfalls nach, dass die maligne Neubildung schon während der Zeit, als sich die Blasenmole noch im Uterus befindet, beginnen kann.

In drei Fällen von Blasenmole, in welchen es zur malignen Neubildung im Uterus gekommen war (es sind das zwei Fälle mit Beteiligung des Syncytium und der Zellschicht, hiervon einmal Scheidenmetastase, dann ein Fall von nur syncytialer Neubildung mit Scheidenmetastase), sind an den Blasenmolen selbst zum Theil höchst auffällige histologische Unterschiede im Vergleich mit gewöhnlichen Blasenmolen zu finden.

Die histologischen Kennzeichen der mit maligner Neubildung im Uterus complicirten Blasenmolen, be-

stehen in dem Vorkommen von syncytialen Geschwulstzellen im Zottenstroma, sowie in einer abnormen Durchwucherung der von der Zellschicht abstammenden Zellherde durch syncytiale Elemente.

Diese, weder an der Placenta noch an der Blasenmole normalerweise anzutreffenden Veränderungen der Chorionzotten berechtigen zur Annahme, dass die Zottenerkrankung für die im Anschluss an die Schwangerschaft sich entwickelnden malignen Neubildungen charakteristisch ist. Der letztere Schluss ist um so gerechtfertigter, als das geschilderte Verhalten des Syncytium an den Chorionzotten vollständig analog ist dem histologischen Verhalten syncytialer Geschwulstelemente im Uterus.

Die Zottenerkrankung hat in einer atypischen Zellwucherung ihren Grund und so kann man — im histologischen Sinne des Wortes — von einer normalen und einer malignen Chorionzotte sprechen.

Jedenfalls ist die Blasenmole, und nicht nur unter Zugrundelegung bestimmter histologischer Kennzeichen, sondern auch mit Rücksicht auf die klinische Beobachtung in eine benigne und eine maligne Form einzuteilen.

Die weiteren Schlussfolgerungen, welche sich aus diesen Untersuchungsresultaten ableiten lassen, ergeben sich von selbst.

Zunächst wird es von jetzt ab unsere Aufgabe sein, jede Blasenmole sofort nach ihrer Entfernung aus dem Uterus auf die geschilderten Verhältnisse hin mikroskopisch zu untersuchen.

Die mikroskopische Untersuchung kann nun in Bezug auf die mitgeteilten Veränderungen positiv oder negativ ausfallen.

Findet man in einem Falle in der Blasenmole die beschriebenen histologischen Merkmale der malignen Degeneration, so muss wohl auf Grund der Erfahrungen, wie sie sich aus den besprochenen Fällen ergeben, unbedingt die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt werden. Denn ich stehe nicht an, die Zottenerkrankung an sich als atypische Wucherung im Sinne einer Neubildung aufzufassen und es erscheint mir dies allein schon als genügend, um die Exstirpation des Uterus zu rechtfertigen. In meinen Fällen war ja, wie nachgewiesen wurde, auch der Uterus von der malignen Neubildung ergriffen, und ich möchte glauben, dass dies stets der Fall sein wird, wenn die Blasenmole Zeichen einer malignen Degeneration an sich trägt. Aber selbst, wenn es sich herausstellen sollte, dass bei vorhandener maligner Zottenkrankung der exstirpirte Uterus gesund ist, kann die Ansicht vertreten werden, dass die Exstirpation zweckmässig war. Sie wurde nur zu einer Zeit ausgeführt, als die Erkrankung sich auf den Uterus noch nicht verbreitet hatte, aber die Gefahr einer späteren Entwickelung der Neubildung im Uterus jedenfalls eine

imminente war. Vielleicht werden weitere Erfahrungen hierin ein zielbewussteres Vorgehen ermöglichen; vorläufig wird es jedoch — wie ich glaube — richtig sein, in dieser Weise therapeutisch vorzugehen.

Es stellt sich uns nun die Frage, wann wir operiren sollen. Soll der Uterus sofort exstirpirt werden, sobald die mikroskopische Untersuchung der Blasenmole im positiven Sinne ausgefallen ist, oder kann die erste Zeit des Wochenbettes abgewartet werden?

In noch viel erhöhterem Masse als beim Carcinom der Portio besteht bei dem „malignen Deciduom" die Gefahr einer raschen Verbreitung der Neubildung, insbesondere durch Verschleppung von Geschwulstkeimen auf dem Wege der Blutbahn. Aber ich glaube, dass unsere Ansichten über die Malignität dieser Neubildungen etwas zu übertrieben sind und hieran sind wohl die bisherigen schlechten Heilerfolge schuld. Es ist jedoch zu bedenken, dass die meisten hierher gehörigen Fälle oft erst spät nach der Geburt erkannt und operativ behandelt worden sind und da sind die Chancen für eine radikale Heilung selbstverständlich schlechtere.

Die an der Klinik Schauta bisher vorgekommenen vier Fälle von „malignem Deciduom" sind auch in dieser Richtung bemerkenswert, weil wir in der Lage waren, dreimal die Frauen schon während der Schwangerschaft und dann noch weiter bis zur Zeit der Operation zu beobachten. (Der vierte Fall),[1]) von dem hier nicht weiter die Rede war, betraf eine Frau, welche in ihrem Hause ein reifes Kind gebar; die Placenta wurde nach der Geburt weggeschafft, und ich habe sie leider nicht gesehen.)

Nach der Erfahrung, welche sich aus diesen Fällen ergiebt, ist anzunehmen, dass man ganz gut die Involution des Uterus abwarten könne und dass man, so wie in unserem letzteren Falle, etwa zwei Wochen nach Entleerung des Uterus noch rechtzeitig operiren wird. Ist aber der Kräftezustand der Patientin ein derartiger, dass die Totalexstirpation des frisch puerperalen oder noch schwangeren Uterus vorgenommen werden kann, so ist es angezeigt, die Frau sobald als möglich von ihrem Leiden zu befreien. Die technische Seite der Frage, zu welcher Zeit operirt werden soll, bietet wohl bei der heutigen Entwicklung der Operationstechnik keine besonderen Schwierigkeiten.

Die zweite Möglichkeit ist schliesslich der negative Ausfall der mikroskopischen Untersuchung einer Blasenmole. Dann steht die Sachlage des Falles ungefähr so, wie mit einem negativen Untersuchungsresultat, wenn wegen des Verdachtes auf Carcinom des Uteruskörpers eine Probeauskratzung gemacht wurde. Dessenungeachtet wird man in einem solchen Falle die Frau noch längere Zeit hindurch sorgfältig beobachten müssen. Und diese Vorsicht ist zur Zeit um so gerechtfertigter, als ein endgültiges Urteil über die praktische Be-

[1]) Neumann: Wr. kl. Woch. 1896, Nr. 36.

deutung der beschriebenen Zottenerkrankung vorläufig nicht gefällt werden kann und auch auf die theoretisch denkbare Möglichkeit hingewiesen wurde, dass selbst bei vorhandener oder später eintretender Erkrankung des Uterus die Blasenmole keine Zeichen der malignen Degeneration aufweisen könnte.

In weiterer Consequenz dürfte es endlich auf Grund der Erfahrungen über die Blasenmole und das maligne Deciduom angezeigt sein, in der Behandlung der Blasenmole eine mehr aktive Richtung einzuschlagen. Meiner Meinung nach soll eine Blasenmole, sobald die Diagnose gestellt ist, aus dem Uterus entfernt werden. Sie kann ja nur schaden. Schon dadurch, dass sie zu Blutverlusten führt, kommen die Frauen gar nicht selten stark herunter. Dann aber besteht in jedem Falle von Blasenmole und zwar in erhöhterem Maasse als sonst in der Schwangerschaft die Gefahr, dass sich eine maligne Neubildung entwickelt.

So ergeben sich aus den hier niedergelegten Untersuchungen nebst neuen wissenschaftlichen Thatsachen wichtige Anhaltspunkte für die Therapie. Ich hoffe, dass durch weitere Forschungen in der angebahnten Richtung nicht allein unsere Kenntnisse über das „maligne Deciduom" vollkommenere werden, sondern dass es auch gelingen wird, durch eine rechtzeitige Hilfe die Prognose dieses Leidens besser zu gestalten.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Schauta erlaube ich mir auch an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen für die Ueberlassung des Materials zur vorliegenden Arbeit.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1: Chorionzotte aus einer gewöhnlichen Blasenmole. (Zeiss. Apochrom. 16,0 mm. Apert. 0,30, Comp. Oc. 12). *a*: Syncytium. *a*,: Zellen der Langhans'schen Zellschicht (?) *b*: Zottenstroma.

Fig. 2: Chorionzotte aus einer „malignen" Blasenmole. (Vergrösserung wie in Fig. 1). *a*: Syncytiale Wucherungen an der Zottenoberfläche. *a*,: Langhans-Zellen (?). *b*: Zottenstroma. *c*: Syncytiale Geschwulstzellen.

Fig. 3. Spornartiges Einwuchern syncytialer Massen in das Zottenstroma. (Vergrösserung und Bezeichnung wie in Fig. 2).

Fig. 4: Chorionzotte mit syncytialen Wucherungen, welche in das Zottenstroma eindringen. (Vergrösserung und Bezeichnung wie in Fig. 2).

III.

Ueber einen Fall von solitärer Haematocele peritubaria pseudocystica (Sänger).

Von

Dr. WILHELM FISCHEL

in Prag.

(Mit 4 Abbildungen.)

So gross auch die Literatur über die Hämatocele im Allgemeinen ist, so wenig zahlreich sind bisher die Fälle von solitärer pseudocystischer Hämatocele.

Zuerst hat M. Muret (Beitrag zur Lehre der Tubenschwangerschaft. Z. f. G. u. G. XXVI. 1893 S. 22) zwei hierher gehörige Beobachtungen mitgetheilt.

Er resumirt in seinen Schlussfolgerungen: Die Hämatocele retrouterina kann in gewissen Fällen und unter nicht näher zu bezeichnenden Bedingungen eine solche Beschaffenheit annehmen, dass sie wie ein Tumor enucleirt werden kann. Sänger hat ebenfalls im J. 1893 (und zwar in den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie S. 281) Mittheilungen gemacht über hierher gehörige Fälle, für die er die Bezeichnung pseudocystische solitäre Hämatocelen wählte.

Endlich hat J. W. Taylor im Jahre 1894 über hierher gehörige Beobachtungen berichtet. (Intra-peritoneal hämatocele forming a definite tumour: the relation of this to unruptured tubal pregnancy [tubal abortion] Brit. gyn. J. London XXXVIII. p. 175).

Es hat also die casuistische Mittheilung weiterer ähnlicher Beobachtungen einen gewissen Werth. Wenn auch mein Fall zur Aufklärung des wichtigsten Punktes, nämlich der Bedingungen, unter denen eine Hämatocele zu einem enucleirbaren (Muret) abgegrenzten (definite, Taylor) solitären pseudocystischen Tumor sich umgestaltet, keine Anhaltspunkte liefert, so erlangt er doch eine gewisse Wichtigkeit dadurch, dass ich in der Wand der Hämatocele Gebilde nachwies, die leicht mit Eierstocks-Follikeln und Follikelcysten verwechselt werden können. Wenn schon ohne ein derartiges Vorkommen nach Sänger's Meinung die solitäre Hämatocele mit einer schwangeren Tuboovarialcyste verwechselt werden kann, so dürfte mit dem Befunde von scheinbaren Follikelcysten in ihrer Wand eine solche Hämatocele vielleicht selbst für eine Ovarialgravidität angesehen werden können. Ich selbst habe lange den nun zu beschreibenden Fall für einen solchen

von Ovarialgravidität gehalten. Durch die Mithilfe von Herrn Professor Sänger bin ich erst von diesem Irrthume zurückgekommen, und es bietet diese Verwechslung gewiss einen Hinweis, dass unter den Fällen von Ovarialschwangerschaft, die ja noch immer von manchen Autoren ganz geleugnet werden, neben manchen sicheren auch einige unsichere sich befinden dürften.

Und nun zur ausführlichen Beschreibung meines Falles.

Frau A. R., 24 Jahr alt, eine sehr kräftige und corpulente Frau, ist seit 2 Jahren kinderlos verheirathet. Seit ihrer Verheirathung ist die Periode verstärkt, mit Schmerzen verbunden. Auch ausserhalb der Periode sind manchmal Schmerzen im Unterleib, besonders in der rechten Leistengegend, vorhanden. Oft besteht Brechneigung und wirkliches Erbrechen von Speisen, ausserdem vermehrte Speichelabsonderung. Seit 2 Monat befolgt sie eine von ihrem Hausarzte vorgeschriebene Entfettungscur und hat in dieser Zeit von 84 Kilo 7 verloren. Ausserdem klagt sie über Schwäche in den Beinen und zeitweilig über Kopfschmerzen.

Ich erhob am 13. VI. 1894 folgenden Status: Grosse kräftige, gut genährte Frau mit rothen Backen, aber blassen Schleimhäuten. Die Portio nach vorn gerichtet, rüsselförmig verlängerte vordere Lippe, der Muttermund eng, Uteruskörper retrovertirt, in den Adnexen keine tastbaren Schwellungen, dagegen etwas Druckempfindlichkeit, besonders an der rechten Seite.

Da aus diesem Befunde zunächst nur auf eine Hyperämie der Genitalien geschlossen werden konnte, so wurde gegen dieselbe und gegen die allgemeine Anämie zunächst Soolsitzbäder und der innerliche Gebrauch von Egerer Salzquelle verordnet. Die Stenose des Muttermundes und die Retroversio wurden zunächst nicht in Behandlung gezogen. Im Verlaufe der Cur besserten sich die meisten Klagen der Patientin. Die Periode zwar nur wenig schwächer, aber ganz ohne Schmerzen: das Erbrechen viel seltener, die Schwäche in den Beinen und die Kopfschmerzen behoben.

Am 14. VIII. stellte sich die Patientin wieder vor. Sie hat im Ganzen 32 Flaschen Egerer Salzquelle getrunken, ihr Gewicht war auf 72 Kilo gesunken. Letzte Periode war ca. 8 Tage verspätet am 4. VIII. eingetreten und dauerte bis zum 10. VIII. Als sie wieder die Trinkcur fortsetzen wollte, trat neuerlich geringe Blutung ein und ziehende Schmerzen in beiden Seiten. Sonst geht es ihr gut, besonders ist die Brechneigung viel seltener.

Bei genauer Untersuchung des Abdomen fand ich den Uterus normal gelagert und links eine haselnussgrosse Anschwellung neben dem supravaginalen Collum.

Da ich einen frühzeitigen Abortus vermuthete, so verordnete ich ein entsprechendes diätetisches Verhalten. Trotzdem hörten die Blutungen nicht dauernd auf; höchstens war ein oder zwei Tage Ruhe und am 29. VIII. wurde ich wieder zur Patientin gerufen, da heftige Schmerzen in der linken Seite des Unterleibs eingetreten waren, die 2—3 Stunden anhielten und wehenartigen Charakter zeigten, besonders auch in das linke Bein ausstrahlten. Ich fand links hinter dem Uterus, der nur wenig vergrössert schien, einen ganz kleinen etwas über pflaumengrossen weichen Körper und schon da stieg in mir zum erstenmale der Gedanke auf, dass es sich um extrauterine Gravidität handele, da für eine entzündliche Natur dieser Anschwellung kein Grund vorlag, da bis dahin vorgenommenen und die späteren Temperaturmessungen immer normale Werthe zeigten. Ich leitete zunächst eine Morphiumbehandlung ein und es gelang mir durch mittlere innere Dosen, die Dauer der Schmerzanfälle auf ca. 2—3 Stunden herabzusetzen. Aber in den nächsten 8 Tagen bis ca. zum 6. IX. kehrten dieselben doch täglich wieder, immer mit erneuter Heftigkeit, so dass sich mir schon durch dieses Symptom die Diagnose auf Extrauteringravidität weiter befestigte. Indem ich alle Vorbereitungen zur Laparotomie traf, um dieselbe für den Fall einer Ruptur des Fruchtsackes schnellstens vornehmen zu können, beschloss ich doch, einige Zeit abzuwarten. Denn die bestehende Blutung aus dem Genitale deutete auf einen internen Abort, d. h. Absterben der Frucht und damit war die Möglichkeit

gegeben, dass eine Abkapselung und Schrumpfung des abgestorbenen Eies und auf diesem Wege Heilung eintreten könnte.

Der Zustand der Patientin blieb bis zum 22. Sept. ein ganz befriedigender. Sie hatte täglich etwas Blutabgang aus der Scheide, nur selten einmal geringen Schmerz im Leibe, hatte guten Appetit, trotzdem sie die ganze Zeit im Bette gehalten wurde. Die in längeren ca. achttägigen Pausen wiederholten Untersuchungen ergaben kein deutliches Wachsthum der Geschwulst. Puls und Temperatur waren immer normal. Täglich geringer Blutabgang.

Erst am 23. stellten sich Symptome ein, die einige Besorgniss bei den von mir schon seit Ende August mit der Sachlage bekannt gemachten Angehörigen erweckte. Gegen Abend traten wieder Brechneigung und Uebelkeit an drei auf einander folgenden Tagen ein, die Patientin spürte wieder etwas Schmerz in der linken Seite des Bauches und im Bein. Auch bemerkte Patientin einiges Ziehen in den Brüsten, die nach ihren Angaben in den letzten Tagen etwas abgemagert waren. Objectiv konnte ich dies Symptom nicht bestätigen, auch keine Secretion aus den Brüsten nachweisen.

Die innere Untersuchung liess aber deutlich eine bedeutende Vergrösserung des Adnexentumors erkennen. Ich schätzte denselben auf Orangengrösse. Aus dem Zusammenhalten dieser Zeichen schloss ich auf eine frische Blutung in den extrauterinen Fruchtsack, deutete die Schmerzen und das Erbrechen als peritoneale Reizwirkungen bedingt durch die starke Dehnung des peritonealen Ueberzuges des Sackes.

Mir schien nun die Gefahr nahezuliegen, dass unter erneuten Blutungen, die die Hoffnung auf spontane Resorption des zerstörten Eies vernichteten, schliesslich ein Platzen des Sackes und damit die uncontrollirbare Blutung in die freie Bauchhöhle eintreten müsse.

Ein zweiter herbeigezogener Gynäcologe bestätigte nach vorgenommener Untersuchung meine Anschauungen und bald waren die Angehörigen und die Kranke zur Vornahme der Operation entschlossen.

Ich nahm dieselbe am 30. IX. d. J. 1894 im Sanatorium des Herrn Dr. Bloch unter gefälliger Mithülfe der Herren Primärarzt Dr. Saar, Klemprer, F. Bunzel und Wolf vor.

Dieselbe bot nur wenig Besonderheiten. Der Sack war nicht frei, sondern an der hintern Wand des Ligament. lat. adhärent durch frische blutreiche Verklebungen. Nachdem er vorsichtig mit den Fingern losgelöst und in die Wunde hervorgehoben worden, zeigte er an einer Stelle der freien Oberfläche eine Dehiszenz seiner oberflächlichen Schichten, aus denen bereits etwas blutiges Serum durchsickerte. Nachdem er am lateralen Rande abgebunden war, wurde er weiter vorgezogen und platzte, wobei reichlich schwarzrothe frischere und ältere Gerinnsel sich entleerten und auch ein grösseres derbes, ca. 4 cm langes und 1 cm breites Gerinnsel, das von einem der assistirenden Herren Collegen als Embryo bezeichnet wurde. Nun wurde der Sack unterbunden, abgetrennt, und es schien an der Trennungsstelle Ovarium vorzuliegen, da deutlich Albuginea erkennbar war.

Die weitere Operation und der Wundverlauf boten nichts besonders Bemerkenswerthes. Er war vollständig afebril, die einzige Klage der Patientin war grosser Hunger, der bald befriedigt werden konnte. Die Genitalblutung hörte am Tage nach der Operation auf. Der erwartete Abgang der uterinen Decidua trat nicht ein und wurde die Kranke vollständig geheilt und kräftig am 18. Tage nach der Operation in ihre Wohnung überführt. Gegen Mitte November, 6 Wochen nach der Operation, trat ohne alle Beschwerden die Periode ein, bei welcher einige dünne ca. linsengrosse Deciduastückchen abgingen.

Die Untersuchung der entfernten Geschwulst ergab Folgendes: Dieselbe stellte im entleerten Zustande einen über citronengrossen 9 cm langen, 6—7 cm hohen, dicken Sack vor, der am ganzen Umfang dunkelröthlich verfärbt und mit feinkörnigem Exsudat bedeckt war; am medialen Ende des Tumors sass ein halbpflaumengrosser Körper, dessen Oberfläche glatt

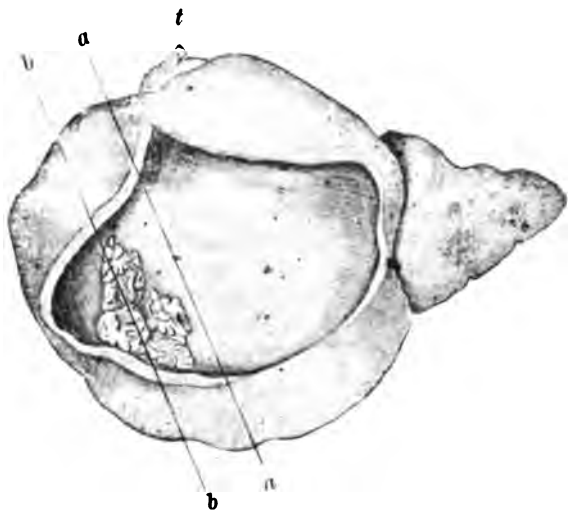


Fig. 1.

war und deutlich wie Albuginea des Eierstockes aussah, durch eine tiefe Furche an der hinteren Fläche des Präparates von dem hämonrrhagischen Sacke getrennt. Am oberen Umfange des Sackes und zwar ungefähr in der Mitte erkennt man ein ungefähr 1 cm langes Stück eines mit deutlichem Lumen versehenen drehrunden Stranges, t in Fig. 1, der schräg nach aussen und unten verlaufend sich in die obere Wand des Sackes verliert. Bei weiterer Eröffnung des Sackes an seiner hinteren Fläche zeigt sich, dass Letztere nur wenige Millimeter dick war, während die vordere Wand in der Mitte 1 — $1^1/_2$ — 2 cm Dicke zeigte. Im äusseren unteren Quadranten der Innenfläche der vorderen Sackwand erkennt man mit grösster Sicherheit mit freiem Auge das Fimbrienende der Tube mit seinen zierlichen Faltenbildungen, die ganz frei und nahezu normal nur etwas stärker geröthet in dem Sack vorragen. Die übrige Innenfläche zeigt keine charakterische Bildungen; sie ist gleichförmig dunkelgeröthet, hämorrhagisch feinkörnig. Die beigegebene Figur 1, die nach dem stark geschrumpften Spirituspräparat angefertigt wurde, stellt die beschriebenen Verhältnisse genau dar.

Betrachten wir nun die äusseren topographischen Verhältnisse des Sackes, so finden wir, dass derselbe der lateralen Hälfte der hintern Fläche des Eierstocks lose aufliegt. Nur die äusserste laterale Spitze des Eierstockes adhärirt demselben fest an, und hier besteht eine innige Verbindung zwischen Ovarium, Mesovarium, das sich weiter in die Mesosalpinx fortsetzt, und der Sackwand.

Am obern Rande sehen wir die Schnittlinien des Peritoneum, an der das Präparat von der Ala vespertilionis abgeschnitten wurde. Diese Schnittlinien können wir verfolgen bis zu dem in der Zeichnung wiedergegebenen Tubenstumpfe. Dieses dünne Stümpfchen stellt nun das vorquellende Schleimhautrohr der

Tube vor; der ganze Tubenquerschnitt hat circa 6—7 mm Durchmesser am alten Spirituspräparat. Vom Schnittrande aus sieht man das Peritoneum über die vordere Fläche des Sackes nach abwärts ziehen, innig verlöthet mit derselben, die untere Grenze, wo es etwa aufhörte und der Sack nackt vorläge, ist nicht anzugeben. Nach oben geht der Peritonealüberzug über die vordere und obere Fläche der Tube auf deren hintere Fläche über, die durch eine spitzwinklige von einer Pseudomembran überdachte $^1/_2$ cm tiefe Furche von der vorderen Sackwand getrennt ist. Unterhalb dieser Furche ist der Sack innig mit dem nach unten ziehenden Theil der Ala vespertilionis verschmolzen. Ebenso ist lateralwärts eine Grenze zwischen Sack und Tube nicht zu erkennen.

Fig. 2.

Fig. 3.

Zur weiteren Sicherstellung der Natur des fraglichen Sackes haben wir denselben im gehärteten Zustande durch eine Reihe paralleler Schnitte in sagittaler Richtung zerlegt, entsprechend den Linien a — a¹ und b — b¹ in unserer Figur 1. Die Bilder, die diese Schnittflächen zeigen, sind auf den beigegebenen Figuren 2 und 3 dargestellt. Zunächst sieht man in Figur 3 der Linie b entsprechend folgende Verhältnisse: Die äussere Fläche ist glatt gewölbt, der Schnitt erreicht eine Dicke von 2 cm, und die innere Fläche zeigt mehrere unbedeutende Einfaltungen, die nur auf die Alkoholschrumpfung zu beziehen sind. Im unteren Drittel springen bei f zwei divergirende oberflächlich fein gefaltelte ca. 1 cm hohe Zacken vor, die sofort als zwei Fimbrien erkannt werden. Auf dem Schnitte sieht man ferner, die mittleren zwei Viertel von oben nach unten einnehmend, einen mit etwas Schleim gefüllten Canal t, der nahe der convexen äusseren Fläche liegt und an seinem unteren Ende unter einem spitzen Winkel gegen die Innenfläche und etwas nach oben abbiegt in der Richtung gegen die hier entspringenden Fimbrien. Auf diesem Schnitte endet dieser untere Ausläufer blind, aber auf dem nächsten parallelen Schnitt sieht man denselben direkt in der Mitte des Fimbrienendes frei auf die Innenfläche ausmünden, so dass schon durch dieses topographische Verhalten dieser ganze Canal als das Endstück der Tubenampulle angesehen werden muss. Denselben Eindruck gewinnen wir durch die freiäugige Betrachtung der Stuctur der Innenfläche dieses Canals, die das feingefaltete Aussehen der Tubenschleimhaut in unverkennbarer Weise zeigt.

Auf dem in Fig. 2 abgebildeten weiter medialwärts geführten Schnitte sieht man am oberen Ende die eintretende quer

getroffene Tube durch eine Furche unvollkommen von der Sackwand getrennt. Der übrige Theil dieses Schnittes sieht ganz homogen aus bis zu der mit f bezeichneten Stelle, wo vom Tubentrichter aus ein schmaler Spalt in die Tiefe eindringt, der sich bis auf 1—2 mm der vorderen Fläche des Sackes nähert. Es entspricht diese Furche, wie die Betrachtung der Innenfläche des Sackes ergiebt, dem Querschnitte der Fimbria ovarica, die bis in die Gegend, wo vorne dem Sack das Ovarium anliegt, sich hinzieht. An dieser Stelle muss der Peritonealüberzug der vorderen Wand des Sackes wohl aufhören, denn die Fimbria ovarica stellt ja den unteren Rand der Ala vespertilionis vor. Mit freiem Auge ist dieses Aufhören des Peritoneum nicht zu erkennen. Betrachten wir weiter nochmals den Schnitt 3, so sehen wir unterhalb der Tube und der Fimbrien, in der homogenen Sackwand eingebettet, eine stark kirschkerngrosse mit geronnenem Serum gefüllte Cyste. Dieselbe lässt sich nach oben durch einen auch in der Zeichnung kenntlichen Grenzstreifen von der muskulös-serösen Tubenwand trennen. Nach unten lässt sich stellenweise eine Grenze zwischen der Wand der Cyste und der Grundsubstanz nicht erkennen; stellenweise ist dies aber der Fall und man sieht mit freiem Auge die äussere Oberfläche dieser Cyste mit ein paar kleinen Wärzchen bedeckt.

Fassen wir die ganze bisherige Betrachtung zusammen, so ergiebt sich, dass das Präparat hauptsächlich aus einem Sack mit hämorrhagischen Inhalt besteht, der an der hinteren Fläche des Eierstockes, der Ala vespertilionis und des Endstückes der Muttertrompete sich anlagert, wobei die letztere zum grössten Theile in diese Sackwand eingebettet erscheint, während nur das Fimbrienende frei in das Lumen des Sackes vorragt.

Fragen wir uns nun, was dieser Sack wohl sein könnte, so müssen wir zunächst wohl daran denken, dass es ein extrauteriner Fruchtsack sein könnte. Allerdings müssen wir da annehmen, dass alle inneren Eigebilde zerstört und im hämorrhagischen Inhalte unkenntlich geworden wären. Denn von Eihäuten war ja keine Spur mehr vorhanden. Wollten wir aber trotzdem zunächst an der Annahme festhalten, dass es ein Fruchtsack sei, so müssen wir einen tubaren Ursprung ausschliessen, da ja die Tube in der Wand des Sackes nachweisbar war. Es hätte sich also nur um einen abdominalen, einen epiovariellen oder ovariellen handeln können; aber bei den zwei ersten Formen ist ein solches Verhalten der Tube nicht denkbar, während bei einem ovariellen oder cystovariellen Fruchtsacke ein derartiges Verhalten des Tubenostium wohl vorkommen könnte, worauf ja schon Sänger in der citirten Arbeit S. 295 aufmerksam gemacht hat. Ich selbst habe mich lange mit dieser irrigen Auffassung des vorliegenden Präparates gequält. Es war namentlich die in Fig. 3 gezeichnete Cyste, neben welcher aber noch mehrere andere mit Blut gefüllte kleine Cysten vorhanden sind, die mich lange an diesem Irrthum festhalten liessen, da ich diese Cysten für Follikelcysten hielt.

Ich schreite nun zur Darstellung der microscopischen Befunde. Zunächst, vom in Fig. 3 dargestellten Schnitte ausgehend, erwähne ich kurz, dass die Fimbrien eine sehr reichliche Vascularisation ihres bindegewebigen Grundstockes zeigten. Das Epithel war meist cylindrisch, das Protoplasma desselben hell; nur an der Unterfläche der Fimbrien wurden die Zellen allmälig kürzer und schliesslich ganz niedrig als Uebergang zum peritonealen Endothel. Unter diesen Fimbrien lagen nun mächtige Coagula aus erhaltenen Blutkörperchen, die durch fibrinöse Streifen zu rundlichen und wurstförmigen Ballen zusammengehalten wurden und erstreckten sich zwischen diese und dem Peritonealüberzug der Tube. Auf diesem sehen wir in der Nähe der Fimbrien noch papilläre Hervorragungen, die sich sehr von den Falten der Tubenmucosa unterscheiden. Erstens dadurch, dass es sich um wirkliche Papillen handelt, deren runde Querschnitte zu sehen sind. Zweitens ist das Epithel kurz kubisch, das Protoplasma dieser Zellen trüb und geht allmälig in das Endothel der glatten papillenfreien Tubenserosa über. An einzelnen Stellen sieht man das Blutcoagulum dicht den Epithel- und Endothelzellen aufliegen; an anderen wächst aus dem Bindegewebe ein breiter zottenartiger Stamm hervor, der ganz hämorrhagisch infarcirt ist und zwischen die Blutcoagula sich hineinerstreckt, an seinem oberen Ende allmälig den Endothelüberzug verlierend. Abgeworfene Epithelketten sieht man ebenfalls an einzelnen Stellen im Blutcoagulum. Unter dem Endothel kommt die zellreiche Subserosa, dann die verschiedenen Muskelschichten der Tube, dann die Mucosa mit ihren zahlreichen Falten und ganz normalem Epithelüberzug. Auf der entgegengesetzten Seite der Tube, die der Aussenfläche des Sackes entspricht, sieht man den Epithelüberzug derselben wieder Blutmassen und jene zuerst von Sänger beschriebenen fibrinösen Auflagerungen, die in ihrem mannigfachen Aussehen leicht zu Verwechslungen mit Bindegewebe in seinen verschiedenen Formen, ja selbst mit Muskelgewebe Anlass geben können. Da ich mein Präparat erst untersuchte, nachdem es sehr lange in Spiritus gelegen, so konnte ich die Weigert'sche Fibrinfärbung nicht vornehmen; aber an den mit Alauncarmin gefärbten Präparaten sind die Fibrinmassen ebenfalls zu erkennen, besonders die breiten homogenen Bänder mit etwas unregelmässigen Lücken. Inzwischen sieht man innerhalb der die Hauptmasse bildenden blutigen und fibrinösen Auflagerungen, die übrigens auch durch die sehr geringe Vascularisation und Durchsetzung mit Haematoidinkörnchen characterisirt sind, auch Inseln von Bindegewebe und epitheliale Doppelreihen von Zellen, die offenbar von tangential getroffenen tiefen Falten der Tubenmucosa herrühren.

Im unteren Rande sieht man nun in den microscopischen Schnitten zunächst die Cyste. Dieselbe besteht aus einer fibrillären Kapsel, die nach oben mittels eines zarten, von gradlinig verlaufenden, netzförmig verzweigten Gefässen durchzogenen Gewebes, offenbar einer Peritonealduplicatur, mit den Fimbrien zu-

sammenhängt. Am unteren Rande trägt die äussere Fläche der Cyste ein paar kurze plumpe Papillen, die mit kurzen kubischen Epithelzellen (oder Endothelzellen?) bekleidet sind. Die Innenfläche der Cyste ist nackt, ohne Epithelüberzug. Unten ist die Cyste direct zum Theil von Blutgerinnsel, z. Th. von den beschriebenen Fibrinmassen umgeben.

Diese Cyste kann nun wohl nichts anderes sein, als die Morgagni'sche Hydatide.

Neben dieser Cyste waren im unteren Abschnitte des Sackes, wo er sich in die hintere Fläche umbiegt, noch mehrere andere Cysten, die mit leicht ausbröckelnden Blutgerinnseln gefüllt waren, zu sehen. Diese Cysten hatten microscopisch eine gewisse Aehnlichkeit mit hämorrhagischen Eierstocksfollikeln, insofern, als sie mit einem ziemlich grosszelligen kubischen Epithel ausgekleidete Hohlräume sind. Ihre Wand besteht aus einem zellreichen reich vascularisirten Bindegewebe. Es dürften diese Cysten aber ebenfalls Anhängsel der Fimbrie ovarica sein. Ich sah nämlich ganz deutlich aus der Substanz der Fimbria hervorgehende balkige Segmente, die rundliche oder spindlige Anschwellungen tragen, hervorgehen und nach unten sich in das Blutcoagulum einsenken. Diese Balken waren meist zelliger Natur und an beiden Seiten mit demselben grosszelligen cubischen Epithel bekleidet, wie jene Blutcysten. Sie schlossen wieder Räume ein, die vollgepfropft waren mit Blutkörperchen. Die spindligen Anschwellungen hatten im Centrum oft ein kleines Gefässlumen.

Aehnliche Gebilde habe ich bisher nirgends beschrieben gefunden. Es sind vielleicht normale, vielleicht pathologische Anhängsel der Fimbrien.

Die microscopische Untersuchung der vorderen Sackwand in ihrer Mitte ergab, dass etwa die Hälfte ihrer Dicke dem Gewebe der Ala vespertilionis angehörten. Ein Endothelüberzug fehlte, die Oberfläche war mit amorphem, blutig gefärbtem Fibrin zum grössten Theile bedeckt, dann kam ein von zahlreichen dickwandigen Gefässen und Muskelbündeln durchsetztes Gewebe, das auch viele epitheliale Schläuche enthielt, die wohl dem Epoophoron angehören. Sonst ist das Gewebe auch von zahlreichen Haematoidinkörnchenhaufen durchsetzt. Auf diesem Peritonealblatt liegt nach hinten eine sehr lockere, von grossen dünnwandigen Gefässen und rothen und weissen Blutkörperchen durchsetzte Schicht und auf dieser liegt nun, die Innenfläche des Sackes bildend, ein sehr gefässarmes Gewebe, das Aehnlichkeit hat mit Fibromgewebe; Fasern, die in Bündeln angeordnet sind, die sich nach verschiedenen Richtungen kreuzen.

Auch dieses Gewebe ist von Haematoidinkörnchen reichlich durchsetzt. Nach innen geht es in faseriges Fibrin über. Die hintere dünne Wand des Sackes besteht in ihren äusseren Schichten aus Fibrin, das z. Th. in Form breiter homogener Streifen, die unregelmässige Lücken zwischen sich lassen, z. Th. in Form fasrigen Fibrins, zahlreiche zellige Einschlüsse und sehr spärliche

Capillargefässe enthält. Das fasrige Gewebe strahlt in Form von netzförmig sich verzweigenden Ausläufern in die innere Schicht der Kapsel aus, die aus frischerem Blutgerinnsel besteht. So entstehen oft Bilder, die an die Vascularisation des Blutgerinnsels im Corpus luteum erinnern.

Die microscopische Untersuchung jener Stelle, wo die vordere Sackwand sich an die hintere Fläche des Eierstockes anlehnt, ergab Folgendes: Wir sahen in einem sagittalen Schnitte die Pars vasculosa des Eierstockes innerhalb des Mesovarium, das kenntlich ist durch die zahlreichen gruppirten Muskelbündel.

Ein Epithelüberzug ist nur vorhanden in der Tiefe der Furche zwischen Ovarium und Sack. Er besteht aus kleinen kubischen Zellen. Unterhalb dieser Furche scheint der Sack fest verlöthet mit dem Mesovarium. Ein wirkliches Bindegewebe wächst aus den Mesovarien heraus in die deutlich fibrinösen Schichten der Sackwand hinein, so dass sich eine genaue Abgrenzung hier nicht ergiebt.

Fassen wir das Gesagte zusammen, so bestätigt die microscopische Untersuchung, dass die Wand unseres Sackes zum grössten Theil aus Fibrin und Blutgerinnsel besteht. Aber unsere Haematocele unterscheidet sich von den bisher beschriebenen dadurch, dass sie 1. an ihrer vorderen Wand untrennbar mit der Ala vespertilionis verwachsen ist. 2. dass das ca. 4 cm lange Endstück der Tube in der vorderen seitlichen Sackwand eingeschlossen ist. 3. dass in ihrer unteren Wand die Morgagnischen Hydatide und andere dem Fimbrienende angehörige Einschlüsse enthalten sind. Letzterer Befund ist deshalb wichtig, weil er sehr leicht zu Verwechslungen mit Gebilden des Eierstocks Anlass geben kann.

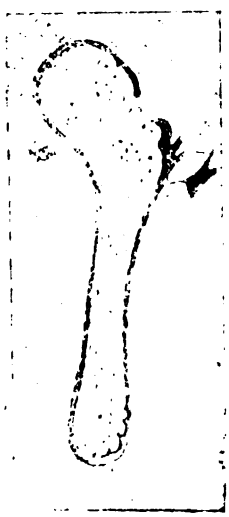


Fig. 4.

Die mikroskopische Untersuchung des im Sacke enthalten gewesenen Blutgerinnsels ergab ausser in Fibrinnetzen eingeschlossenen rothen Blutkörperchen und Anhäufungen von weissen Blutkörperchen noch zwei eigenthümliche Bildungen. Erstens gelbgefärbte, Carmin und Hamatoxylin nicht aufnehmende Schollen von Fibrin mit zum Theil zackigen, wie gerissenen Conturen. Diese Bildungen dürften identisch sein mit den von Carl Keller in einem Falle von Haematosalpinx aufgefundenen Gebilden, von denen Paul Ruge eine Zeichnung gegeben hat (Z. f. G. u. G. XIX, Zur Diagnose der Tubengravidität). Keller kommt zu dem Schlusse, dass diese Bildungen umgewandelte Chorionzotten seien. Zweitens Gebilde, die als zum Theil ganz wohlerhaltene Chorionzotten erkennbar sind (Fig. 4): cylindrische, oft mit einem seit-

lich abgehenden kurzen kolbigen Auswuchse versehene Formen, deren äussere Contur noch den Beleg von niedrigem cubischem Epithel zeigt, während im Inneren eine streifige Structur mit kurzen Spindelzellen erkennbar ist.

Dieser Fund ist anatomisch beweisend dafür, dass es sich um einen Fall von Schwangerschaft handelt; wenn es auch eines solchen Beweises hier nicht bedurfte, da ja die Krankengeschichte ein genügender klinischer Beweis ist.

IV.

Eine einfache Methode der Uterusexstirpation per vaginam.

Von

Dr. M. von STRAUCH

Privatdocent für Gynäcologie an der Kaiserlichen Universität zu Moscau.

Bei der Uterusexstirpation kommen 2 Methoden in Betracht: die Ligatur- und die Klemmmethode; Erstere ein Kind Deutschlands, Letztere eines Frankreichs!

Die Methode Mackenrodt's, die Igniexstirpation des Uterus wird wohl kaum das Bürgerrecht erlangen, da sie eben zu unsicher ist und Mackenrodt selbst die Methode häufig nicht rein anwendet — sondern sie der Sicherheit wegen[1]) mit der Ligaturmethode kombinirt. Ich habe ein Mal nach Mackenrodt zu operiren versucht, weil theoretisch die Methode, namentlich bei Carcinom mir sehr sympathisch ist. Es blieb aber auch nur beim Versuch, denn nach Abnahme der Präventivklemmen resp. Schaufelzangen blutete es so gewaltig, dass ich froh war, als es mir endlich gelang, der Blutung Herr zu werden!

Also bleiben nur die Ligatur und die Klemmmethode übrig.

Wenn man die letztpublicierten, glänzenden Resultate Olshausens[2]) berücksichtigt, sollte man glauben, am Ziele seiner Wünsche angelangt zu sein! Die Operirte vom Operationstisch ins Bett gebracht, wird eigentlich garnicht mehr incommodirt und macht in 99 pCt. eine ideale Reconvalescenz durch. Doch hat auch die Olshausen'sche Methode eine Schattenseite. Nicht Jedermann traut sich ein Material, das Catgut heisst, anzuwenden! Das Resorbirbare ist das Ideale des Catguts, seine eventuelle Giftigkeit aber das Fatale! Immer und immer können wir be-

[1]) Centralblatt für Gynäkologie 1895 p. 649. „Wer eines festen Brandschorfes nicht sicher ist, der ligiere" etc. und Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XXXVI Heft 3 pag. 432.

[2]) Berliner klin. Woch. 1896. pag. 513.

obachten, wie grosse Lobredner des Catguts dasselbe wieder verlassen, nachdem sie einige septische Todesfälle, die einzig und allein dem Catgut zur Last gelegt werden müssen, erleben. Es scheint bis jetzt factisch noch keine absolut sichere Methode der Desinfection des Catguts gefunden zu sein.

Also statt Catgut die sicher desinficierbare Seide!

Es ist mir unbegreiflich, wie von so mancher Seite berichtet wird, dass die Seideligaturen stets am Ende der 3. Woche entfernt werden. Wir haben in unserer Privatklinik über ein halbes Hundert Uterusexstirpationen mit Seidenligaturen gemacht, fast nie ist es uns aber gelungen, nach drei Wochen alle Ligaturen zu entfernen, wohl aber sind uns mehrere Fälle im Gedächtniss, wo noch nach Jahren eine höchst lästige Eiterung durch die noch immer nicht abgestossenen Seidenfäden bemerkbar machte. Es gelingt überhaupt nur selten, den Knoten resp. die Schlinge der Ligatur zu Gesicht zu bringen, da das stärkere Anziehen derselben den Operirten recht heftige Schmerzen verursacht. So muss man in den meisten Fällen abwarten, bis die Ligaturen durch leichten Zug entfernt werden können und das dauert — wie gesagt — recht lange.

Eine Carcinomkranke glaubt nach der Operation nun genesen, der durch die Seidenligaturen unterhaltene Ausfluss aber deprimirt sie gewaltig und erweckt selbst beim Arzt manchesmal schon den Verdacht eines Recidivs.

Als fernerer Uebelstand der Ligaturmethode ist der zu nennen, dass durch das Anlegen der Ligaturen neue Wunden gesetzt werden, die eventuell als Impfpforten beim Carcinom zu betrachten sind. Ja, manchesmal ist es bei unbeweglichem Uterus und enger Vagina überhaupt nicht möglich, die Ligaturen zu legen.

Schliesslich habe ich vor $^1/_2$ Jahre einen höchst unangenehmen Umstand beim Ligaturverfahren kennen gelernt. Es handelte sich um ein Myoma uteri. Nach Medianspaltung und Ausschälung mehrerer Knollen gelang es, den Uterus vor die äusseren Genitalien zu dislocieren. Ich wählte in diesem Falle nur meinen Zuschauern zu Liebe die Ligaturmethode mit starker Seide und liess recht grosse Stümpfe, damit die Ligaturen nicht abgleiten. Nach glatter Reconvalescenz ist nun einer dieser Stümpfe weiter ernährt worden und bildet momentan einen rothen, wallnussgrossen Pilz, der bei jeder Berührung leicht blutet und eine für die Operirte höchst lästige Absonderung unterhält. Mehrmalige Behandlung mit dem Pacquelin und Bepudern mit Tannin haben an der Sache noch nichts geändert. Ich habe in diesem Fall durchaus nicht zu grosse Gewebspartieen auf ein Mal in die Ligaturgenommen. Auch habe ich so fest als möglich ligirt — das ist ja bewiesen, da es nicht nachblutete. Ferner handelte es sich nicht etwa um ein Ectropium der Schleimhaut der Tube (Landau), weil beide Adnexe mit entfernt wurden.

Die Klemmmethode hat vor der Ligaturmethode entschieden den Vorzug der grösseren Einfachheit was Technik anbetrifft. Bei einiger Uebung, namentlich wenn man nach Doyen operirt,

ist factisch ihre leichte Durchführbarkeit für den Zuschauer verblüffend! Die Exstirpation ist in einigen Minuten beendet und die momentane Blutstillung eine absolut sichere!

Ueber grössere Schmerzen haben unsere mit Klemmen Operirten nicht geklagt, als dieses gewöhnlich der Fall ist.

Die Operirten sind aber doch kolossal behindert durch die aus der Scheide ragenden Klemmen. Sie müssen absolut ruhig auf den Rücken liegen, denn bei jeder Bewegung verschieben sich die Klemmen und machen dadurch Schmerzen. Aus Deutschland (Brōse-Berlin) ist uns ein Fall berichtet, in dem die Operirte die Klemmen sich herausriss. So lange die Klemmen liegen, müssen die Pat. jedenfalls Tag und Nacht streng bewacht werden. Die Hände der Operirten dürfen sich nicht unter der Decke befinden.

Der Urin muss die ersten Tage mit dem Katheter entfernt werden, denn lässt man die Operirte selbstständig uriniren, so wird der Gestank geradezu entsetzlich und die Klemmen verrosten vollständig.

Solange die Klemmen liegen, können wir auch nicht für Darmthätigkeit sorgen. Nur schwer lässt sich ein Lavement applicieren, und die Operirte kann mit ihren Klemmen wohl kaum auf einen Schieber gehoben werden. Wenn man aber 2 bis 3 mal 24 Stunden den Darm zur Thätigkeit nicht anregt, kann das wohl manche Darmadhäsion verschulden, die später zu Ileus führt. Solch ein Fall wurde im April 1897 in unserer geburtshilflichen Gesellschaft mitgetheilt.

Der wundeste Punkt dieser Methode ist aber eben die Entfernung der Klemmen! Abgesehen davon, dass dieses Manöver den Frauen fast stets recht grosse Schmerzen verursacht, ist die Nachblutung jedes Mal ernstlich zu fürchten.

Landau ist wohl der Einzige, der schon nach 24—26 Stunden die Klemmen entfernt, ohne je eine ernste Nachblutung erlebt zu haben. Wir haben nur ein Mal dieses Wagniss begangen und es spritzte auch wunderschön die Art. uterina, die nochmals auf dem Operationstisch geklemmt werden musste. Wir haben genau nach Landau's Empfehlung nur mit den besten französischen Instrumenten von Mathieu und Collin aus Paris operirt.

Regel war es bei uns, nach 2mal 2 4 Stunden die Klemmen zu entfernen. Hierbei haben wir eine Operirte durch eine furibunde Nachblutung aus der Uterina fast verloren. Es war der erste Fall von Nachblutung, den wir erlebten. Unnütz hielten wir uns auf bis alles zur Laparotomie vorbereitet war — unterdessen wurde die Aorta abdominalis durch die Bauchdecken komprimirt. Als die Pat. pulslos und fast moribund auf den Operationstisch kam und die Specula eingeführt waren, liess sich spielend leicht die rechte Arteria uterina als blutend erkennen und mit einer Klemme fassen. Die Pat. genas!

Das lehrte uns wenigstens dieser Unglücksfall, dass durch das Gewicht der Klemmen die Stümpfe der Parametrien nach 2 mal 24 Stunden ganz an den Introitus vaginae herange-

zogen werden können. Dieser Umstand spricht sehr für die Klemmmethode. Bei der Ligaturmethode ziehen sich die Stümpfe gewöhnlich hoch nach oben zurück, selbst wenn man sie an die Scheide fixirt.

3 mal unter 28 Fällen haben wir nach 2 mal 24 Stunden bei Abnahme der Klemmen von Neuem wegen Blutung klemmen müssen.

Nach diesen bösen Erlebnissen machten wir es uns zur Regel, 2 mal 24 Stunden nach der Operation die Klemmen einstweilen nur zu lockern, und wenn es nach 15 Minuten nicht nach aussen blutete, erst dann zu entfernen. Durch diese Vorsicht gelang es, in weiteren 3 Fällen einer grösseren Blutung vorzubeugen. Nach Lockerung der Klemmen begann es gleich zu bluten, die Klemmen wurden sofort wieder geschlossen — die Blutung stand. Nach weiteren 24 Stunden wurden dann die Klemmen in diesen 3 Fällen ohne erneute Blutung entfernt.

Im letzten Jahr lassen wir die Klemmen, wenn es die Operierte nur einigermassen erträgt, 3 mal 24 Stunden liegen. Nach dieser Zeit haben wir keine Nachblutung erlebt. Unter 38 Klemmoperationen haben wir einen Todesfall an Lungenembolie am 23. Tage zu beklagen. Es handelte sich um eine stark ausgeblutete Myomkranke.

Durch die Klemmmethode sind sicher verbürgte Fälle von Secundärinfection verschuldet worden. Desshalb ist auch ein so warmer Lobredner wie Jacobs in Brüssel nach mehreren Hundert Klemmoperationen zur Ligaturmethode übergegangen. Er hat sich eine Brücke aus dem einen ins andere Lager geschlagen, indem er zuerst mit Klemmen alles exstirpirt, dann letztere durch Ligaturen ersetzt, den Peritonealschlitz durch einige Suturen verkleinert und dann drainirt.

Weder durch die Seidenligatur noch durch die Klemmmethode voll befriedigt, haben wir in den letzten 11 Fällen ein eigenes Verfahren ausgebildet, das sich folgendermassen gestaltet.

Die nach Möglichkeit durch Muzeux nach unten gezogene Portio vaginalis wird mit der Cooper'schen Scheere umschnitten, wobei der Douglas gewöhnlich gleich eröffnet wird. Nach Abschiebung der Blase vom Uterus und von der Vorderfläche der Parametrien und nach ausgiebiger Eröffnung der Plica vesico-uterina wird ein breites Speculum in den vorderen Douglas eingeführt. Dieses Speculum soll die Blase vor eventuellen Verletzungen schützen und das Vorfallen von Därmen und Netz verhüten. Nun wird der Uterus eventuell nach vorheriger Medianspaltung resp. Morcellement womöglich mitsammt den Adnexen bis vor die Rima pudendi gezogen. Der Spiegel aus dem vorderen Douglas wird entfernt und an der Seitenwand der Vagina eingeführt. Leicht lässt sich nun um den langgezogenen Stiel des ganzen Parametriums eine elastische Ligatur legen. Unter diese Ligatur kommt ein starker Seidenfaden, der, nachdem erstere so fest als möglich angezogen ist und in solcher Spannung erhalten bleibt, im rechten Winkel zur elastischen Ligatur durch dreifachen Knoten

geknüpft wird. Erst nachdem der Seidenfaden geknüpft, lässt der Assistent mit dem Zuge an der elastischen Ligatur nach, und deutlich sieht man, wie die Ligatur im nicht constringirenden Theil anschwillt und sich somit selbst sichert. Die Stümpfe werden recht gross gelassen, so dass wir gewöhnlich in der Uterussubstanz selbst amputiren, um vor einem Herausschlüpfen des Stumpfes sicher zu sein. Nachdem der Uterus mitsammt den Adnexen auf diese Weise entfernt, wird der Schnitt im hinteren Scheidengewölbe, das gewöhnlich blutet, mit ein oder zwei Knopfnähten gesichert. Die durch die elastischen Ligaturen versorgten Stümpfe der Parametrien haben die Neigung, mehr zur Symphyse zu streben, so dass es ein Leichtes ist, ein Jodoformgazestreifen zwischen den Stümpfen und dem hinteren Scheidenschnitt nicht zu hoch in die Peritonealhöhle einzuführen. Dieser Streifen stillt auch noch eine eventuelle parenchymatöse Blutung aus dem hinteren Scheidenschnitt, da er demselben direkt aufliegt. Zwischen die Stümpfe und die vordere Vaginalwand kommt noch ein lockerer Jodoformgazestreifen, damit die Enden der elastischen Ligaturen, die jetzt gekürzt werden, sich nicht etwa auf die vordere Vaginalwand stemmen und dadurch eventuell die Blase reizen.

Lässt sich der Uterus und die Adnexe ganz vor die äusseren Genitalien ziehen, so ist die Application der elastischen Ligatur eine spielend leichte. Muss man in situ operiren, so ist das Anlegen zwar schwerer, aber doch durchführbar.

Die Reconvalescenz dieser 11 nach oben beschriebener Methode Operierten war eine glatte, die Nachbehandlung die denkbar einfachste!

Die Operierten durften selbstständig uriniren, erhielten nach 24 Stunden ein Lavement und am zweiten Tage ein Abführmittel.

Ueber besondere Schmerzen hat keine geklagt.

Am 9. oder 10. Tage standen sie auf. Am 15. Tag wurden sie auf den Operationstisch gelegt, erst jetzt die 2 Marlystreifen und in allen 11 Fällen durch leichten Zug die beiden elastischen Ligaturen entfernt. Die Ligaturen kamen stets mit dem ganzen Stumpf zum Vorschein. Die geklemmte, in der constringirenden Schlinge der elastischen Ligatur befindliche Gewebspartie hatte einen Durchmesser von $^1/_2$ bis 1 cm.

In keinem Falle haben wir eine Nachblutung beobachtet.

Die Seidenligaturen, die die hintere Vaginalwand versorgten, wurden nach weiteren 8 Tagen mühelos entfernt.

Nur wenn nach Entfernung der elastischen Ligaturen ein die Pat. belästigender Ausfluss eintrat, wurden Vaginalausspülungen angeordnet, in mehreren Fällen wurden die Operirten angewiesen, sich nur äusserlich auf dem Bidet zu waschen.

Auffallend war es, dass von den 11 Operierten 3 am Ende der ersten oder Anfang der zweiten Woche einen leichten Icterus bekamen. Alle 3 waren wegen beiderseitiger Pyosalpinx operirt und keine klagte über besondere Störungen von Seiten des Magen-Darmkanals.

Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass ich durch diese Mittheilung nichts Originelles bringe, desshalb spreche ich auch eingehends nicht von einer neuen, sondern von einer einfachen Methode der Uterusexstirpation. Die elastische Ligatur, von Kleeberg in die Chirurgie eingeführt und von Brennecke[1]) bei der Uterusexstirpation bereits angewendet, soll jetzt nur von Neuem in dieser Modification empfohlen werden.

Wir wenden diese Methode nur bei Myomen und Adnexerkrankungen an. Die Exstirpation der Adnexe bei beiderseitiger Erkrankung per abdomen haben wir wegen der schlechten Dauerresultate ganz aufgegeben. Sind beide Adnexe erkrankt, und das kann man nach Eröffnung des Douglas durch kombinirte Untersuchung genau konstatiren, so müssen nicht nur die kranken Adnexe, sondern auch der kranke Uterus mitentfernt werden. Also nur bei gutartigen Erkrankungen wollen wir diese elastische Massenconstriktion der Parametrien empfehlen. Der Stumpf muss aber gross gelassen werden, damit er nicht aus der Ligatur herausschlüpft. Die Blutstillung ist dann eine absolut sichere.

Beim Carcinom rathen wir nur den Pacquelin und Klemmen, um nicht durch Messer, Scheere, Nadeln neue Impfpforten für Recidive zu schaffen. Man muss sich eben bei bösartiger Erkrankung des Uterus mit den weniger sympathischen und gefährlicheren Klemmen befreunden. Die Dauerheilung scheint in der That eine bessere zu sein!

V.

Aus der I. Universitäts-Frauenklinik des Herrn Prof. Schauta in Wien.

Ein Fall von Spontanruptur des schwangeren Uterus in der alten Kaiserschnittsnarbe.

Von

Dr. GUSTAV WOYER,

klin. Assistenten.

Zu den seltensten Ereignissen in der Geburtshilfe gehören wohl die spontanen Berstungen des schwangeren Uterus. Die Ursache dieser liegt gewöhnlich in einer abnormen Widerstandsunfähigkeit entweder einzelner Teile der Uteruswand oder des gesammten Uterusorganes.

Die abnorme Resistenzunfähigkeit kann nun sowohl angeboren als erworben sein. Angeborene Resistenzunfähigkeit besteht einerseits in Folge von Bildungsfehlern, andererseits in

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XII pag. 56.

Folge abnormer Dünnheit der Uteruswand an einer Stelle, wo dieselbe schon normaler Weise verdünnt erscheint, nämlich an den Tubarecken, woselbst es zu blasiger Verwölbung und auch zur Berstung dieser Partie im Verlaufe der Schwangerschaft kommen könnte.

Weit häufiger jedoch im Vergleiche zu diesen Fällen sind diejenigen, wo es sich um erworbene Resistenzunfähigkeit, meist durch Narbenbildung, handelt, entweder Narben in Folge vorhergegangener Rupturen, oder in Folge operativer Eingriffe am Uteruskörper, darunter in erster Linie Narben nach Kaiserschnitten.

Einen solchen Fall von spontaner Berstung des Uterus in der alten Kaiserschnittsnarbe hatte ich nun Gelegenheit zu beobachten, und glaube, bei der grossen Seltenheit solcher Vorkommnisse, besonders seit Sänger's verdienstvoller Feststellung der Technik der Uterusnaht, denselben der Veröffentlichung werth halten zu dürfen.

Die 26jährige Frau K. M. wurde am 15. März 1896 um 8 Uhr früh von der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft an die Klinik gebracht und aufgenommen.

Die anamnestischen Daten ergaben Folgendes: Die Frau habe in ihrer Jugend an schwerer Rachitis gelitten und erst mit 4 Jahren gehen gelernt. Sonst sei sie immer gesund gewesen.

Die ersten Menses traten mit dem 17. Lebensjahre auf, verliefen normal vierwöchentlich, von drei- bis fünftägiger Dauer, ohne Beschwerden.

Die letzten Menses hatte die Frau Ende Mai 1895, die ersten Kindesbewegungen sollen im October verspürt worden sein. — Die Frau war zum zweiten Male schwanger.

Die erste Geburt erfolgte im Jahre 1893. Die Frau wurde damals am normalen Schwangerschaftsende an der Klinik des Herrn Hofrathes Chrobak mittelst Kaiserschnittes von einem lebenden Kinde entbunden.

Die weitere Anamnese bezüglich der jetzigen Schwangerschaft ergab, dass dieselbe bisher beschwerdelos verlaufen war, nur bemerkte die Frau, dass der Leib diesmal grösser sei als bei der vorherigen Gravidität. Um 5 Uhr Morgens verspürte sie leichte Kreuzschmerzen, welche sie für die beginnende Wehenthätigkeit hielt. Sie liess sofort eine Hebamme holen, welche einen Arzt berief. Beide untersuchten die Frau innerlich und riethen ihr, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen. Die Frau rüstete sich zur Fahrt in die Anstalt. Während des Ankleidens, beim Anziehen einer Jacke, verspürte sie plötzlich einen heftigen stechenden Schmerz in der Nabelgegend, wurde ohnmächtig und stürzte von dem Stuhle, auf dem sie gerade sass, zu Boden. Ihre Umgebung liess sofort wieder die Hebamme und den Arzt rufen, welche der Frau Wein und Cognac verabreichten, worauf sie sich wieder erholte; nur fühlte sie sich sehr matt und elend. Der Arzt liess die Frau durch die Rettungsgesellschaft ins Gebärhaus schaffen. Während des Transportes hatte sie nun noch zwei Ohnmachtsanfälle, die schwerer gewesen sein sollen als der erste. Sie erhielt während des Transportes Aetherinjectionen. Beim Eintritt in die Klinik klagte sie über grosse Mattigkeit und starke Schmerzen in der Nabelgegend und an der linken Unterbauchseite. Seit dem ersten Ohnmachtsanfalle will sie keine wehenartigen Schmerzen mehr gefühlt haben. Auch die Kindesbewegungen sollen seit dieser Zeit sistirt haben.

Der Status, welcher nun an ihr erhoben wurde, war folgender:

Mittelgrosse, mässig kräftige Frau. Sensorium frei. Pat. antwortet langsam, aber vollkommen klar auf die an sie gerichteten Fragen, und liess sich die ganze obige Anamnese von ihr selbst aufnehmen.

Hochgradige Blässe der Haut und aller sichtbaren Schleimhäute. Athmung tief, beschleunigt. 36 R. in der Minute. Wiederholtes Gähnen.

Temp. 36°. Puls nicht zählbar, kaum palpabel. Hämoglobingehalt n. Fleischl 35 pCt.

An Herz und Lungen nichts Abnormes. Herzthätigkeit beschleunigt, 144 Schläge in der Minute. Die Herztöne leise, rein.

Rhachitische Schädel- und Gebissformation, hochgradige rhachitische Verkrümmungen an den Röhrenknochen der unteren Extremitäten, stark vermehrte Lendenlordose.

Abdomen: Typischer, hochgradiger Hängebauch, sehr bedeutend ausausgedehnt durch einen Tumor, über welchem allenthalben gedämpfter Percussionsschall bis aufwärts unter dem Rippenbogen ist, der aber beiderseits in der hinteren Axillarlinie hellem, tympanitischem Darmschalle weicht. Die Consistenz dieses Tumors ist geringer als die des schwangeren Uterus. Seine Wand scheint sehr dünn zu sein. Die Kindestheile sind allenthalben ausserordentlich deutlich durchzutasten, jedoch macht es nicht den Eindruck, als ob sie sich unmittelbar unter der Haut befänden. Der Tumor erweist sich als ziemlich prall gespannt und zeigt deutliche Fluctuation. Am rechten Darmbeinteller ein grosser harter Kindestheil (Kopf), ein zweiter links oben unter dem Rippenbogen. Grössere Resistenz rechts, kleine Theile links und vorne. Kindliche Herztöne nirgends zu hören. Kindesbewegungen nicht zu fühlen. Neben dem Kopfe rechts und hinten eine undeutliche, etwa faustgrosse Resistenz bis in die hintere Axillarlinie tastbar, darüber gedämpfter Schall. Kein Schallwechsel bei Lageveränderung. Ligamenta rotunda nirgends zu tasten.

Aeussere Beckenmasse: Sp. 26½, Cr. 27, Tr. 29½.

Die innere Untersuchung ergab: Scheide weit, schlaff. Portio formirt, konisch, zapfenförmig. Muttermund geschlossen, vollkommen glattrandig. Portio hochstehend. In den Scheidengewölben keine abnormen Resistenzen. Der Uterus getrennt von dem Tumor nicht zu tasten, die Portio geht direct in den Tumor über.

Promontorium stark, leistenartig vorspringend, ebenso der letzte Lendenwirbel; Kreuzbeinbasis tief ins Becken hereingetrieben, die Kreuzbeinspitze abgeknickt, die Kreuzbeinhöhlung abgeflacht. Die Beckenbuchten sehr tief, die seitlichen Beckenwände bedeutend genähert; die Symphyse hoch, an ihrer hinteren Fläche eine etwa kirschkerngrosse Exostose. Conj. diag. vom letzten Lendenwirbel 9 cm, vom Promontorium 7½ cm.

Während der Untersuchung neuerdings zwei Ohnmachtsanfälle. Der Radialpuls wurde unfühlbar.

Nachdem nun die Diagnose einer inneren Blutung manifest erschien, wurde sofort nach den entsprechenden Vorbereitungen zur Laparotomie geschritten. Die Diagnose konnte nach dem Befunde nur zwischen einer frischen Uterusruptur, wahrscheinlich in der alten Narbe oder der Ruptur eines extrauterinen Fruchtsackes schwanken.

Um 8¼h V.M. wurde die Operation ausgeführt. Narcose mit Schleich's Gemisch. Schnitt von handbreit über die Symphyse bis über handbreit oberhalb des Nabels. Eröffnung der Bauchhöhle, aus der sich sofort dunkelflüssiges Blut in grosser Menge entleert.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle trifft man sofort auf ein flaches, discusartiges, ca. ½ cm dickes Blutcoagulum, welches einem intakten Ei innig anliegt. Dieses Ei sitzt in dem auf dem rechten Darmbeinteller liegenden, rupturirten Uteruskörper mit der Placenta noch unvollkommen fest und es blutet aus der Insertionsstelle dieser noch nicht völlig gelösten Placenta recht beträchtlich. Der Uteruskörper erscheint etwas nach links gedreht, und zwar so, dass sein rechtes Horn nach vorne, sein linkes nach hinten sieht, und zeigt in der Mitte die später noch näher zu bezeichnende Rupturstelle, aus welcher das Ei hervorragt.

Die Placenta wurde sofort gelöst, das Ei entfernt und der Uterus vorgezogen, worauf derselbe sich entsprechend contrahirte und die Blutung annähernd sistirte.

Bei der nun vorgenommenen Toilette der Bauchhöhle fand sich nun noch hinter dem linken Rippenbogen liegend, vollkommen von Darmschlingen überdeckt, ein zweites, ebenfalls vollständig intactes Ei mit Frucht. Dasselbe wurde herausgehoben.

Hierauf wurde der Uterus oberhalb der unteren Rupturgrenze mittelst des elastischen Schlauches umschnürt, und die typische Porro-Operation ausgeführt. Reinigung der Bauchhöhle von den Coagulis (ca. 1500 g). Schluss der Bauchdecken.

Während der Operation wurden wiederholt Campherinjectionen gemacht und eine Kochsalzinfusion von 500 g in beide Pectoralisgegenden ausgeführt. Dauer der Operation 30 Minuten. Excitantia; Esmarch'sche Einwicklung der Extremitäten.

Ungefähr eine Viertelstunde nach vollendeter Operation erwachte die Frau aus der Narcose. Der Puls war noch immer nicht fühlbar geworden. Trotz aller Bemühungen erholte sich die Frau nicht wieder, und um 7h Abends trat der Exitus letalis ein.

Die Obduction ergab mit Ausnahme äusserster allgemeinen Anaemie keine weiteren pathologischen Befunde. Die Conj. vera in cadavere gemessen betrug $5^3/_4$ cm.

Die Besichtigung des rupturirten Uteruskörpers sammt Adnexen ergab Folgendes:

Der contrahirte amputirte Uteruskörper ist 16 cm lang, im Fundus 13 cm breit und 5 cm dick. An der vorderen Fläche deutliche Faltung der Serosa zu sehen. In der vorderen Wand, 9 cm vom Abgange des rechten und 4 cm vom Abgange des linken Ligamentum rotundum beginnend, in der Höhe der Abgangsstellen dieser Ligamente, ein 12 cm langer linearer Riss, in dessen oberem Winkel das Peritoneum selbst nach aufwärts noch circa $1^1/_2$ cm weiter gerissen erscheint.

Die Rissränder erscheinen etwas unregelmässig und mit Coagulis verfilzt. Nach abwärts erstreckt sich dieser Riss bis zur lockeren Anheftung des Peritoneums.

Rechts neben dem Risse befindet sich eine adhärente Netzpartie, welche bei der Operation abgebunden wurde. Dieselbe überdachte die alte Narbe und erscheint in ihrer Mitte zackig durchgerissen und an ihrer inneren Fläche mit Coagulis bedeckt.

Die Ränder des eigentlichen Uterusrisses sind ziemlich scharf und zeigen ein Bild, welches so gestaltet ist, dass man an der Uterusmusculatur keine Rissverletzung in Form eines scharfen Randes oder einer Zerfetzung desselben wahrnehmen kann, sondern im Gegentheile, sie erscheint wie gegen die Rupturstelle hin vorquellend und ziemlich glatt — es befindet sich die eigentliche Continuitätstrennung nur in der Peritonealnarbe.

Die Deciduaauskleidung reicht wie in eine Nische gelagert bis an den Peritonealüberzug hinan. Seidenligaturen konnten nirgends gefunden werden.

An den zur mikroskopischen Untersuchung herausgeschnittenen Theilen springt die Peritonealnarbe spornartig gegenüber der Muskelschicht vor.

Die Schnitte, in Formalin gehärtet und mit Haemalaun gefärbt, ergaben folgenden mikroskopischen Befund:

Die Uterus-Innenfläche bedeckt mit einer dünnen Schichte von Decidua, welche vielfach durch Blutungen zerstört erscheint. An anderen Stellen sieht man die Decidua, bestehend aus polyedrischen oder ovalen, hellen Zellen mit bläschenförmigen, wenig tingirten Kernen, und man kann deutlich sehen, wie sich die Deciduazellen über den ganzen beschriebenen, in dem Spalte gelegenen Muskelwulst hinziehen bis zur Peritonealnarbe und zum Theile sogar sich auf die angrenzenden Stellen dieser Narbe hinübererstrecken. Die Netzadhäsion erwies sich als nicht mit Decidua bedeckt.

Die beiden vollständig getrennten Eier stammen von zweieiigen Zwillingen und zeigen Vermehrung des Fruchtwassers, indem das erstentwickelte $2^1/_2$ Liter, das zweitentwickelte 2 Liter Fruchtwasser enthielt.

Die Kinder waren entsprechend entwickelt, frischtodt, ohne Macerationserscheinungen, beide Mädchen. Die erste Frucht war 2520 g schwer, 43 cm lang, die zweite 2000 g schwer, 41 cm lang.

An den Placenten und Eihäuten war nichts Abnormes nachweisbar. Die Placentarinsertionsstelle der ersten Frucht befand sich links im Fundus, der Seitenkante genähert, die Placentarinsertionsstelle der zweiten Frucht

rechts an der hinteren Wand, beide in grösserer Entfernung von der Rupturstelle.

Dieser Fall gehört zu den seltensten Vorkommnissen der Geburtshilfe; wird ja doch von Sänger in seinem Referate über Uterusruptur auf dem gynäkologischen Congresse in Wien ausdrücklich hervorgehoben, dass, während aus der Zeit vor der exacten typischen Uterusnaht von Krukenberg 13 solcher Fälle zusammengestellt werden konnten, von nach Sänger's Nahtmethode operirten Fällen bis dahin noch kein einziger Fall von Ruptur der Narbe gemeldet wurde.

Bei dem grossen Interesse, welches ein solcher Fall bietet, handelt es sich wohl darum, welche besonderen Ursachen denn gerade in diesem Falle vorlagen, dass die Uterusnarbe nicht genügend Widerstand leisten konnte.

Die Ursache konnte entweder in einer mangelhaften Consolidirung oder in einer abnormen Dehnung der Narbe oder auch in beiden zusammen gelegen sein. Ich studirte daher zuerst den Verlauf der ersten Entbindung aus dem Geburtsprotokolle der zweiten geburtshilflichen Klinik, welches mir mit grösster Liebenswürdigkeit zur Verfügung gestellt wurde, und wofür ich hier meinen besten Dank ausspreche.

Der Geburtsverlauf bei der ersten Entbindung gestaltete sich hiernach folgendermassen:

Nach zehnstündiger, angeblich kräftiger Wehenthätigkeit wurde die Frau am 21. Februar 1893 auf die II. geb. Klinik aufgenommen: die Frucht befand sich in II. Querlage. Der Muttermund war verstrichen, die Blase stand. Mit Rücksicht auf die hochgradige Beckenverengerung wurde die Sectio caesarea vorgenommen.

Ich citire nun wörtlich aus dem Protokolle über die Operation:

„Der Hautschnitt wird so angelegt, dass sein grösserer Theil bis circa handbreit oberhalb des Nabels fällt. Der Uterusschnitt trifft die Placenta, welche an der vorderen Wand sass.

Eröffnung der Eihäute, Extraction der leicht asphyctischen — bald wiederbelebten — Frucht. Entfernung der Placenta und Eihäute.

Die Uteruswunde wird durch 30 theils tiefgehende, theils seröseröse Nähte in typischer Weise vereinigt. Uterus gut contrahiert. Peritonealnaht, Fascienaht, Hautnaht. Operateur: Hofrath Chrobak. Nahtmaterial: Seide.

Heilungsverlauf vollkommen glatt. Kind lebend, 2950 g schwer, 48 cm lang."

Die Uterusnaht war also jedenfalls eine vollkommen lege artis ausgeführte, exacte typische Naht. Das Nahtmaterial war Seide, worauf ja bekanntlich von Sänger grosses Gewicht gelegt wird, welcher speciell hervorhebt, dass die Consolidirung der Uterusnaht sicher zu erwarten steht, „wenn man zur Naht kein Weichcatgut anwendet".

Die Naht war also vollkommen typisch und exact ausgeführt, warum barst aber denn doch die Narbe bei Beginn der zweiten Geburt?

Krukenberg hat in seiner Statistik aus der Zeit vor der Sänger'schen Nahtmethode 13 Fälle von Spontanruptur des Uterus in der alten Kaiserschnittsnarbe gesammelt, und in dreien derselben war ebenso wie in unserem die Ruptur ohne voraus-

gegangene wesentliche Wehenthätigkeit beim Ankleiden der Person erfolgt. Ich will nun nicht gerade dasselbe von unserem Falle behaupten, denn es ist ja immerhin möglich, dass nur eine zeitliche Coincidenz der eingetretenen Ruptur mit dieser Bewegung der Frau vorhanden war, und die Uterusruptur eigentlich durch den Beginn der Wehenthätigkeit zu Stande kam. Sicherlich ist aber der Gedanke nicht auszuschliessen, dass bei enorm starker Dehnung und Widerstandsunfähigkeit der Narbe durch irgend eine brüske Körperbewegung schliesslich unter Mitwirkung der Bauchpresse die Narbe platzte. Jedenfalls müssen starke körperliche Bewegungen während der Gravidität als ätiologisches Moment der Narbenzerreissung herangezogen werden.

Die Hauptursache jedoch, weshalb es in Krukenberg's Fällen zur Ruptur kam, dürfte wohl in den damaligen Nahtmethoden zu suchen sein, die zu einer nicht entsprechenden Narbenconsolidirung führten. Mikroskopische Untersuchungen über solche Narben liegen nicht vor.

Der Umstand, dass Seidenfäden in der Naht nicht gefunden werden konnten, beweist ja auch noch nicht, dass sie per vias naturales eventuell infolge Durchschneidens der Nähte abgegangen sein müssen, nachdem es doch wiederholt bekannt wurde, dass auch Seidenligaturen nach längerer Zeit spurlos zur Resorption gelangen können. Ausgeschlossen ist es natürlich nicht, dass in unserem Falle vielleicht doch ein Durchschneiden der Seidenfäden stattgefunden habe. Man weiss ja, dass das Schnüren der Fäden bei der Uterusnaht zu einem der schwierigsten Technicismen der Operation gehört, indem die Stärke der Schnürkraft in dem einen Falle als zu wenig ein Klaffen der Wundränder, in dem anderen Falle als zu viel ein Durchschneiden des Fadens zur Folge haben kann. Schneidet nun der Faden durch, dann ist es selbstverständlich möglich, dass er gegen die Uterushöhle hin ausgestossen und auf diese Weise eliminirt wird. Ein solcher Nachtheil würde sich vielleicht eher bei Silberdrahtnaht vermeiden lassen, indem ja das einfache Aufbiegen der Drahtenden genügt, um die Uteruswundflächen entsprechend aneinander zu lagern, und die Schnürung des Drahtes dann eigentlich nur dazu dient, um die aufgebogenen Drähte in dieser Stellung zu fixiren. Es ist dieses Durchschneiden der Nähte bei der Anlegung derselben gewiss in manchen Fällen die Ursache, dass die Narbe weniger gut consolidirt ist als in anderen Fällen. Wie gesagt, wahrscheinlich ist ja das Durchschneiden in unserem Falle nicht, aber die Möglichkeit immerhin nicht von der Hand zu weisen.

Ich möchte nämlich doch glauben, dass die Narbe trotz des anscheinend reactionslosen Verlaufes schlechter consolidirt war. Die Hauptstütze für diese meine Annahme möchte ich darin finden, dass ich bis zum Rande der Peritonealnarbe Decidua nachzuweisen in der Lage war; ein Befund, der sich wohl zwanglos so deuten lässt, dass die Vernarbung der Uteruswunde eigentlich nur durch peritoneale Verklebung zu Stande kam und die Muskulatur weit weniger oder vielleicht gar nicht an der

Narbenbildung betheiligt war, weshalb die Bildung der Decidua a priori sich bis zu dieser Peritonealnarbe erstrecken konnte. Ein Hineinwuchern der Decidua in späteren Stadien der Schwangerschaft erscheint mir als eine viel gezwungenere Annahme.

Möglicherweise hätte ja auch diese Narbe die Ausdehnung einer gewöhnlichen Schwangerschaft bis zu einem gewissen Grade vertragen, vielleicht wäre es erst im Verlaufe längerer Wehenthätigkeit zum Platzen der Narbe gekommen, einer solch enormen Ueberdehnung aber, wie durch gleichzeitiges Bestehen von Zwillingsschwangerschaft und Hydramnios konnte diese Narbe nicht Stand halten, und es musste, sei es beim Beginn der Wehen oder aus einem äusseren Anlasse, zur Ruptur der Peritonealnarbe kommen.

Die Frage, weshalb also in unserem Falle eine Spontanruptur der alten Kaiserschnittsnarbe eintrat, lässt sich dahin beantworten, dass einerseits die abnorme Ausdehnung des Uterus und andererseits eine mangelhafte Consolidirung der Uterusnarbe Schuld an diesem Ereignisse tragen.

Zwillingsschwangerschaft und Hydramnios nach vorangegangener Sectio caesarea konnte ich in der Litteratur nicht nachweisen. Einzelne Fälle von Hydramnios sind wohl bekannt, es handelte sich aber dabei nur um eine einzige Frucht. Vielleicht wird beim Eintritte einer derartigen Schwangerschaft das von mir beobachtete Ereignis nochmals zur Beobachtung gelangen können, denn es ist nicht auszuschliessen, dass auch besser consolidirte Narben nach Sectio caesarea (und nach anderen Uterusoperationen) einer so beträchtlichen Dehnung entsprechenden Widerstand zu leisten ausser Stande seien. Ein meinem Falle ähnlicher Fall wurde von Guilleaume in Brüssel publicirt, wo die Ruptur nach drei Jahre vorher gemachter Sectio caesarea im VII. Monate einer erneuerten Schwangerschaft auftrat. Auch sollen nach Guilleaume's Angaben ähnliche Fälle von Saint Meulin und Kufferath beobachtet worden sein. Die Frau wurde operirt, die Porro-Operation ausgeführt, es trat Heilung ein. Eine genauere Beschreibung der Narbe fehlt.

Solche üble Zufälle würden sich wohl bei grösserer Intelligenz des Publicums dadurch vermeiden lassen, dass Frauen, an denen die Sectio caesarea vorgenommen wurde, bei der nächsten Schwangerschaft rechtzeitig in ärztliche Beobachtung sich begeben würden, damit man einer solchen enormen Dehnung des Uterus durch rechtzeitige Stellung der Diagnose und eventuelle Einleitung der Frühgeburt vorbeugen könnte. Leider ist aber das Publicum, welches die Gebärkliniken frequentirt, meist auf einer so niedrigen Intelligenzstufe, dass es fast unmöglich ist, einer solchen Frau die Gefahr des zu späten Eintrittes auf die Klinik verständlich zu machen.

Ich möchte im Anschlusse an diesen Fall noch einen zweiten Fall erwähnen, bei welchem ich in der Lage war, eine mangel-

hafte Consolidirung der Uterusnarbe an circumscripter Stelle nachzuweisen. Es handelte sich um eine 29jährige II para, bei welcher vor 5 Jahren an der Klinik des verstorbenen Herrn Hofrathes C. v. Braun die Sectio caesarea wegen hochgradig rhachitischer Beckenverengerung ausgeführt worden war. Das Becken hatte die Form eines allgemein verengten rhachitischen Beckens mit einer Conjugata vera von $6^1/_2$ cm und beträchtlicher querer Verengerung. Die Frau wurde am normalen Schwangerschaftsende nach zehnstündiger Wehenthätigkeit, nachdem sie ausserhalb der Klinik wiederholt von Arzt und Hebamme untersucht worden war, vom Lande nach einer sechsstündigen Eisenbahnfahrt in die Klinik gebracht. Sie kam hochfiebernd in die Anstalt; man fand eine Frucht in II. Schädellage, den Kopf nach rechtshin abgewichen, Uterustumor gross, handbreit unter dem proc. xyph., beträchtlicher Hängebauch, kindliche Herztöne nirgends zu hören. Bei der inneren Untersuchung fand man die erwähnte Beckenverengerung, den Muttermund vollständig verstrichen, die Blase gesprungen, die linke Hand im Muttermunde vorliegend. Bei der äusseren Untersuchung konnte man Tympania uteri constatiren.

Trotz der enormen Raumbeschränkung unterzog ich mich lieber dem Versuche, durch Embryotomie die Frucht per vias naturales herauszubefördern, als, wie es doch sehr naheliegend gewesen, die Sectio caesarea nach Porro auszuführen, indem ich, strenge den Principien unserer Klinik folgend, an dem Grundsatze festhalten wollte, dass bei einer Frau, bei der die Asepsis des Geburtsverlaufes in so schwerer Weise gestört sei wie in unserem Falle, eine Sectio caesarea nicht vorzunehmen sei. Die lange Dauer der Entbindung auf natürlichem Wege war wohl dem sicheren oder fast sicheren Tode der Frau, wenn ich laparotomirt hätte, vorzuziehen. Ich führte die Embryotomie unter grossen Schwierigkeiten aus, es gelang, dieselbe im Zeitraume von $^3/_4$ h zu vollenden. Der Verlauf war vollkommen glatt. Vom zweiten Tage p. p. ab war die Frau fieberfrei, am 14. Tage verliess sie die Anstalt.

Unmittelbar nach der Entleerung des Uterus nahm ich die innere Untersuchung vor, um mich zu überzeugen, ob nicht die Continuität des Uterus an irgend einer Stelle verletzt worden sei. Ich konnte von innen her die alte Kaiserschnittsnarbe palpiren. Die unteren Antheile ($^2/_3$ der Narbe) waren vollständig fest consolidirt, und es liess sich dort kaum ein Unterschied gegenüber der übrigen Uteruswand nachweisen. Im oberen Drittel der Narbe aber zeigte sich eine etwa $1^1/_2$ cm lange Stelle, wo ich mit dem Finger von der Uterushöhle her in eine Vertiefung von beiläufig 1 cm eindringen und bei der Palpation mit der aussen aufgelegten Hand fühlen konnte, dass die Dicke der Narbe der Uteruswand daselbst nicht mehr als 3—4 mm betragen konnte. Es war also in diesem Falle an einer Stelle der Uterusnarbe die Verheilung nicht so exact zu Stande gekommen wie in den

übrigen Partien, trotzdem hielt diese Narbe der erwähnten langen Geburtsdauer vollkommen Stand. Vielleicht hat man bei anderen Fällen Gelegenheit, solche Beobachtungen nochmals zu machen; das Gegentheil, dass Uterusnarben vollkommen gut consolidirt bei der inneren Untersuchung gefunden wurden, ist bereits zu wiederholten Malen beschrieben worden.

Berichte.

Vierter Bericht über die neueste polnische geburtshülflich-gynaekologische Literatur (1896).

Von

FRANZ NEUGEBAUER

Vorstand der gynäkologischen Klinik des Evangelischen Hospitals in Warschau.

1. Bogdanik: Ruptur einer Ovariencyste sub Traumate. (Nowiny Lekarskie 1896. No. 8—9. S. 453.)
2. Borysowicz: Ueber den Werth partieller Operationen bei Uteruskrebs. (Medycyna 1896. S. 422, 446.)
3. Borysowicz: 4 Fälle vom Myomexstirpation. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896. Bd. XCII. p. 545—549.)
4. Bylicki: Lehrbuch der Asepsis in der Geburtshülfe. (Lemberg 1896.)
5. Bylicki: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. (Krakau 1894, 646 S. mit 131 Abbildungen.) [Das erste moderne Handbuch der Gynäkologie in polnischer Sprache, mit gründlicher Berücksichtigung der heutigen mikroskopischen Forschung und chirurgischen Therapie.]
6. Czarkowski: Vollkommene Uterusinversion sub partu. (Gaz. Lek. 1896, p. 1423.)
7. Ehrlich: Einige Bemerkungen zur Therapie der Eileiterschwangerschaft (Medycyna 1896. S. 715, 743.)
8. Ehrlich: Zur Therapie des Abortus. (Medycyna 1896. S. 493. 514, 536.)
9. Endelmann: Uterusruptur sub primo partu; Tod. (Gaz. Lek. 1896. S. 532.)
10. Faytt: Ueber die topographischen Beziehungen der Harnleiter zur Harnblase und dem Uterus. (Preisarbeit.) (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896, Bd. XCII, 111, 434 mit 5 Tafeln.)
11. Gaszyński: Die Behandlung des Nabelschnurstumpfes (Medycyna 1896. S. 786, 809.)
12. Grodecki: Mangel des Uterus und seiner Adnexa. (Gaz. Lek. 1896. S. 1179.)
13. Jahresbericht der Gynäkolog. Gesellschaft in Krakau für das Jahr 1895. (Krakau 1896. 105 S.)

14. Jasiński: Ein Fall von Tubarschwangerschaft. (Medycyna 1896. S. 73.)
15. Jaworski: Tödtliche Verblutung sub menstruatione[1]) (Kronika Lekarska 1896. Nr. 19 und 20.)
16. v. Jordan: Kolpohyperplasia cystica im 4. Schwangerschaftsmonate. (Przegl. Lek. 1896: Nr. 13, S. 4.)
17. v. Jordan: 5 Fälle von vorzeitiger Placentarlösung in der Schwangerschaft, deren Symptome auffallend an die Symptome bei Uterusruptur erinnern. (ibid. Nr. 13, S. 104.)
18. v. Jordan: Carcinomentwickelung in der Narbe einer Episiotomiewunde, die früher angelegt war zur Erleichterung der Exstirpation eines carcinösen Uterus. (ibid. Nr. 13, S. 8.)
19. v. Jordan: 4 Symphysiotomien mit einem Todesfall infolge septischer Endometritis (ibid. Nr. 13. S. 79.)
20. v. Jordan: Ueber Dauerresultate operativer Oophoropexis. (Nowiny Lekarskie 1896. Nr. 8—9. S. 542.)
21. v. Jordan: Ein Unicum von Uterusruptur im 6. Monate, wobei die Frucht bis an das Ende des X. Lunarmonats am Leben blieb. (Nowiny Lekarskie 1896. Nr. 8—9. S. 542.)
22. Kacprzak: Ein Fall von Fibromyom des Lig. latum. (Medycyna 1896. S. 697.)
23. Kosiński: Ungewöhnliche Schwangerschaftsmakromastie. Verdacht auf Sarkom. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896. Bd. XCII, S. 265.)
24. Kośminski: Zucker als wehenbeförderndes Mittel. (s. Nr. 13, S. 21.)
25. Kraków: Ueber vaginale Koeliotomie (36 Fälle aus Neugebauer's Klinik). (Medycyna 1896. S. 762, 789, 833.)
26. Mars: Ueber Angioma myxomatodes disseminatum placentae. (s. Nr. 13, S. 92—100.)
27. Mars und Nowak: Ueber den Bau und die Entwickelung der menschlichen Nachgeburt. (Krakau 1895. 49 S. mit 3 Tafeln.)
28. Nowak: Weitere Untersuchungen über den Bau und die Entwickelung der menschlichen Placenta. (Krakau 1895. 32 S. mit 2 Tafeln.)
29. Neugebauer: Missed abortion. (Eine Reihe eigener Beobachtungen.) (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896, Bd. XCII, S. 271 bis 274.)
30. Neugebauer: 58 Kaiserschnitte ausgeführt wegen partiellen oder totalen Scheidenverschlusses. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896. Bd. XCII, S. 156—206 mit statistischer Tabelle.)
31. Neugebauer: 40 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten. (Medycyna 1896. S. 1243, 1268.) [N. hat seit dieser Veröffentlichung abermals 10 neue Fälle operirt.)
32. Neugebauer: Einige Worte über die männliche Behaarung bei Frauen und einige andere Anomalien der Behaarung und allgemeinen Entwickelung. (Sep.-Abdr. aus: Gaz. Lek. 1896. Nr. 41—51. 70 Seiten mit 56 Abbildungen.)

---

[1]) 2 ähnliche Fälle von Verblutung sub menstruatione beschrieb 1896 Rakejew. (Journ. f. Geb. u. Fr. [Russisch] S. 779.)

33. Neugebauer: Stupration eines 10 jährigen Mädchens, Recto-perinaeovaginalfistel. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896. Bd. XCII, S. 1174.)
34. Neugebauer: Mesenterialcyste stumpf ausgeschält zwischen den Peritonealblättern. Keine Ligatur nöthig. Genesung. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896, Bd. XCII. S. 274—275.)
35. Neugebauer: 1. Nierengrosses ovarielles Fibrom.
    2. Harnstein um eine Ligatur gebildet 14 Monate nach Bauchschnitt wegen Extrauterinschwangerschaft, per urethram ausgeschieden, niemals Symptome einer Harnfistel. Stein um die freien Enden der Ligaturschlinge angesetzt.
    3. Uterus wegen gangraenescirenden kindskopfgrossen Myoms entfernt mit parietaler und vaginaler Koeliotomie. Genesung.
    4. Pyosalprinx, Ovariencyste und 3 Gartner'sche Cysten, resecirt aus einer Inguinalhernie. Genesung.
    (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896. Bd. XCII. S. 482, 514, 522.)
36. Neugebauer und Warszawski: Inversio uteri, eine klinische Vorlesung. (Kronika Lekarska 1896.)
37. Podziemski: Heilung einer puerperalen Periparametritis mittels eines abscès de fixation Fochier's. (Medycyna 1896. S. 153.)
38. Pomorski: Beitrag zur Erleichterung der Dekapitation bei verschleppten Querlagen. (Nowiny Lekarskie 1896. Nr. 7. S. 364.
39. Pomorski: Die Anzeigen zur künstlichen Frühgeburt. (Nowiny Lekarskie 1896. Nr. 12. S. 756.)
40. Rapczewski: Prolapsus uteri totaliter inversi sub partu. (Gaz. Lek. 1896. Nr. 52. S. 1425.)
41. Rosenthal: Fall von Graviditas extrauterina (?) intramuralis. Bauchschnitt mit utero-ovarieller Amputation, Genesung. (Gaz. Lek. 1896. S. 1109.)
42. Rosner: Zur Frage der Impfübertragung des Krebses. (Przegl. Lek. 1896: Nr. 13. S. 55—72.)
43. Rosner: 3 monatliche Retention einer im 4. Monat abgestorbenen Frucht. (ibid. Nr. 13. S. 72.)
44. Rosner: 2 schwer zu behandelnde Fälle von Harninkontinenz. (ibid. Nr. 13, S. 4—7) und traumatisch entstandene Urethrovaginalfistel (S. 9).
45. Rosner: Uterus didelphys und Uterus unicornis. (ibid. Nr. 13, S. 10.)
46. Rosner: Freund'sche Uterusexstirpation wegen Fibromyoma submucosum unter ungewöhnlichen Bedingungen.
47. Rosner: Ueber den Gebrauch der Walthard-Tavel'schen Flüssigkeiten bei 50 Bauchschnitten. (ibid. Nr. 13, p. 80—82.)
48. Rundo: Welcher Geburtsmechanismus muss bei Zangenextraktion stattfinden? (Gaz. Lek. 1896. S. 1410.)
49. Rundo: Ein Fall von Gesichtslage in Hinterhauptslage umgeändert. (Gaz. Lek. 1896. S. 807.)
50. Rydygier: Dünndarmfistel durch Druck des Kopfendes einer Richelot'schen Klammer. (Przegl. Lek. 1896 L N. 13. S. 8.)

51. Rymsza: Beitrag zur Therapie der ektopischen Schwangerschaft bei freiem die ganze Bauchhöhle ausfüllendem Bluterguss. (Kronika Lekarska 1896. No. 10, 11, 12.)
52. Sachs: Prolapsus totalis uteri inversi sub partu. (Gaz. Lek. 1896. S. 1297.)
53. Sachs: Ueber uterine Blutungen. (Medycyna 1896. S. 747, 769, 793, 813.)
54. Stankiewicz: Verschluckte Haarnadel. Bauchschnitt. Genesung.
55. Stępkowski: Beitrag zur Lehre von den Metrorrhagien unbekannten Ursprunges. (Aus Neugebauer's Klinik.) (Gaz. Lek. 1896. S. 1329 u. 1365.)
56. Swięcicki: Ueber morphologische Blutuntersuchungen in der Gynäkologie. (Nowiny Lekarskie 1896. No. 10, S. 581.)
57. Switalski: Uterus bicornis septus.
58. Switalski: Amputation eines vermeintlichen subserösen, dem Uterus aufsitzenden Fibroms, das sich als Nebenhorn erwies.
59. Switalski: Schwangerschaft im rechten Horne eines Uterus bicornis.
60. Switalski: Uterus bicornis unicollis. (Przegl. Lek. 1896 N. 13.S. 3.)
61. Switalski: Ueber eine vaginale Uterusexstirpation wegen foudroyanter Endometritis haemorrhagica — diese Operation als ultimum refugium. (ibid N. 13. S. 83.)
62. Szymański: Sectio caesarea mit Erfolg ausgeführt durch Rogowicz. (Medycyna 1896.S. 125.)
63. Wawelberg: 2 Fälle von mangelhafter Entwickelung der weiblichen Genitalorgane. (Gaz. Lek. 1896. S. 135.)
64. Wołkowicz: Neue technische Vorschläge für die Bauchschnittsnaht, behufs Prophylaxe und Therapie des Bauchwandbruches und Hängebauches. (Gaz. Lek. 1896. S. 145, 170, 213, 230, 319.)

Nowiny Lekarskie 1896, No. 8—9. S. 542—546:

65. Rosner: Ueber die operative Behandlung der Uterusmyome in Polen und in Frankreich, England und Deutschland auf Grund persönlich gemachter Beobachtungen.
66. Ziembicki: Vereinfachung der Ektomie grosser Uterusmyome.
67. Mikucki: Demonstration eines spontan geborenen Myoms der hinteren Lippe.
68. Maliszewski: Ueber cystische Uterusmyome.
69. Switalski: Die Erfahrungen der Krakauer Klinik, den Cervikalkanal betreffend.
70. Mars: Ueber operative Behandlung der Pruritus vulvae.

Aerztliche Gesellschaft in Łódź:

71. Birenzweig: Ueber die Beziehungen des Trippers zur Ehe. (Gaz. Lek. 1896. S. 391.)
72. Cohn: Demonstration eines Ovarialkystoms.
73. Jasiński: Vaginalexstirpation des carcinomatösen Uterus nach Martin-Mackenrodt.

74. Jasiński: Bauchschnitt wegen Tubenschwangerschaft.
75. Jasiński: Pyosalpinx duplex, retroversio uteri fixata, degeneratio cystica ovarii sinistri. Vaginale Entfernung der kranken Adnexa, Uterus ausgekratzt, dann Vaginalfixur nach Mackenrodt-Schauta. (Ibid. S. 416: Wenn schon, denn schon: dieser Uterus musste heraus! N.)
76. Kaufmann: Ueber chirurgische Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. (Ibid. S. 443.)
77. Cohn: Uterusruptur s. partu: Placenta u. Rumpf des Kindes in der Bauchhöhle, Kopf in utero bei Bauchschnitt gefunden bei einer 24 j. rachitischen II-para. 16 cm langer Querriss der vorderen Uterinwand im unteren Segment. Riss mit 25 Nähten vernäht. Mikulicz's Gazedrain. Nach 2 wöchentlichem Fieber, Pneumonie, Genesung.
78. Sachs: Ueber Uterinblutungen ausserhalb Schwangerschaft und Geburt.
79. Koliński: Anophthalmus bilateralis congenitus. (Ibid. S. 970.)

---

80. Verzeichniss der gesammten polnischen medicinischen Litteratur für die Jahre 1831—1890. (Sehr werthvolle Zusammenstellung). (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896. Bd. XCI, 1015 Seiten.)

Pamiętnik VII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie.

(Verhandlungen des VII. Kongresses Polnischer Aerzte und Naturforscher. Lemberg 1895. 433 Seiten):

81. Rydygier: Ueber Myomektomie. S. 206.
82. Obaliński: Ueber die Therapie der Uterusmyome. S. 207.
83. Neugebauer: Ueber Stenosen und Atresien der Vagina. S. 215.
84. Kryński: Ueber die chirurgische Behandlung der Peritonitis. S. 215.
85. v. Jordan: Chirurgische Behandlung des Descensus ovariorum. S. 264.
86. Winawer: Ueber die Behandlung hartnäckiger Uterusbeugungen. S. 269.
87. v. Mars u. Nowak: Untersuchung und Entwickelung der Placenta. S. 274.
88. Borysowicz: 2 Extrauterinschwangerschaften. S. 277.
89. Solowij: 20 Laparotomieen. S. 277.
90. Rosner: Ueber Laparotomie in der Schwangerschaft. S. 278.
91. Switalski: Ventrofixatio uteri. S. 278—297.
92. Kowalski: Eigenes Nabelschnurrepositorium. S. 297—301.
93. Neugebauer: Ueber Hermaphroditismus. S. 302.
94. Neugebauer: Demonstrationen.
95. Winawer: Ein Blick auf die Heilbarkeit des Uteruskrebses. S. 302—306.
96. Borysowicz: Handgriffe und Methoden zur Erleichterung der vaginalen Exstirpation des bösartig degenerirten Uterus und Verfahren um Recidiven vorzubeugen an der Hand von 20 Fällen. (Mit Demonstration.) S. 306—316.
97. Guliński u. Fruchtmann: Bericht über die 9 jährige Thätigkeit des V. Warschauer Städtischen Gebärasyls. S. 316.

98. Skatkowski: Ueber Endometritis und Therapie derselben. S. 316 bis 843.
99. Sękowski: Carbolvergiftung durch Scheidenirrigation. S. 343 bis 348.

Przegląd Chirurgiczny. her. von Krajewski III. Bd. 1896—1897: 482 Seiten mit 4 Tafeln and 32 Abbildungen im Text:

100. Ziemacki: Zur Therapie der Vesicovaginalfisteln. S. 98—113.
101. Krajewski: Ein neuer Beitrag zur chirurg. Behandlung der Uterusruptur sub partu. S. 113—126.
102. Jezierski: Ovariotomie bei papillomatösem proliferirendem Kystom, Resection des Mesenterium des S.iliacum und Colon descendens in grosser Ausdehnung. Genesung. S. 126—137.
103. Swiętecki: Beitrag zur Serotherapie des Krebses. S. 139.
104. Bitner: Ein Fall von Symphysiotomie. S. 424.
105. Neugebauer: Die Lehre vom Pseudohermaphroditismus. (Fortsetzung.) S. 431—482 (enthält Fall 294 bis 385 der beinahe 600 Beobachtungen umfassenden gesammten Kasuistik.)

Sitzungsberichte der Krakauer Gyn. Gesellschaft vom 16. III., 14. IV. u. 5. V. 1896:
siehe diese Monatsschrift, Bd. V, Heft 4. S. 383—387.

106. Switalski: Dehiscenz der Bauchwunde nach Koeliotomie.
107. Rosner: Ein Fall von Koeliotomie bei Entwickelungsfehler des Uterus.
108. Rosner: Ueber eine neue Methode der Bauchmuskelnaht nach Koeliotomie.
109. v. Jordan: Demonstration eines Falles von Oophoropexie nach eigener Methode.
110. v. Mars: Demonstration eines Präparates von Sactosalpinx serosa dextra, Pyosalpinx sinistra.
111. Switalski: Carcinomentwickelung in einem fibrösen Polypen.
112. Switalski: Ein Fall von primärer Tuberculose des Eileiters.
113. v. Jordan: 2 Fälle von Geburten nach Ventrifixura uteri.
114. v. Jordan: 2 ungewöhnlich schwere Kystomo-oophoroektomieen.
115. Switalski: Komplikation beiderseitiger Kystome mit Magenkrebs, Entzündung des Wurmfortsatzes, Carcinomatose des Bauchfells bei einem mit Lungenspitzeninfiltration behafteten Individuum. Koeliotomie, beiderseitige Kystomo-oophoroektomie, Resection des Wurmfortsatzes.
116. v. Mars: Zur Aetiologie des Pruritus vulvae.
117. v. Jordan: Demonstration einer Patientin mit abdominaler Schwangerschaft.

Przegląd Lekarski. 1896 Krakau.

118. Jaworski: Dyspepsia sexualis artificialis bei Frauen. N. 1 S. 3.
119. Ziembicki: Ueber die französische Methode der vaginalen Uterusexstirpation mit secundärer Klemmen-hämostase. N. 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14.
120. Piotrowski: Ascaris lumbricoides evacuirt durch die Wunde nach Entleerung eines parametritischen Abscesses. (N. 7.)

121. Mars: Beitrag zur Aetiologie des Pruritus vulvae virginum. (N. 22, 31.)

122. Switalski: Ueber die Verwendung von Kautschukballons in der Geburtshülfe. (N. 34, 35.)

123. Fenomenow: Zur Methodik der Blasenscheidenfistel-Operation. (Das neuerdings beliebte Verfahren des Dédoublement der Blasenscheidenscheidewand empfohlen mit Versenkung der Blasennähte unter den isolirt vernähten Scheidenschleimhauträndern.) N. 41, 42, 43.)

124. Kośmiński; Osteomalacie und Phosphorbehandlung. (N. 46, 47, 48, 49.)

125. Switalski: Beobachtungen über Krebs des Uterushalses an der Hand klinischer Erfahrungen. (N. 48, 49.)

126. Kryński: Ventrofixatio vesicae urinariae (Cystopexia). N. 58.

---

1. Bogdanik: Der Kassenarzt erklärt ein 22 j. Mädchen für schwanger; letzteres tröstet sich, wartet aber vergeblich auf die Entbindung; der Leib wächst immer mehr. Am 21. II. ein Sturz, dann Schmerzen, die Stunde der Erlösung scheint gekommen, aber die Hebamme kennt sich nicht aus. Arzt, Spital, kolossaler Umfang des Leibes von 126 cm : 67 cm von der Symphyse bis Schwertfortsatz. Ueberall) Fluctuation, Schenkelschall, keine distincte Härten zu tasten. Uterus nicht vergrössert. Saurer schmutziggrüner Harn. 20 Liter klebriger, dunkelrother Flüssigkeit durch Parakentese entleert am 24. II. 1896, jetzt grosser Tumor des linken Eierstockes getastet. Ovariotomie bei leichtem Fieber, wobei sich einige Liter derselben Flüssigkeit entleeren. 1 cm dicke Wand des Kystoms in einer Linie von 17 cm Länge rupturirt. Mikulicz's Gazedrain wegen Hyperämie des Bauchfells. Nach 8 Wochen geheilt entlassen. Am Tumor noch ein zweiter Riss von 6 cm Länge in seiner Hinterwand entdeckt. Multilokuläres Kystom bei jenem Sturz geplatzt, hatte eine Schwangerschaft vorher vorgetäuscht. Folgt Berücksichtigung fremder analoger Beobachtungen.

6. Czarkowski: $^1/_2$ Stunde nach Spontangeburt von der Hebamme gerufen, weil etwas „Fremdes" aus der Geburt getreten sei. Anämische, dyspnoische, schweissbedeckte Kranke mit erschrockenem Antlitz, kaum fühlbarem Puls. Kugeliger, graublauer, weicher Tumor vor der Schamspalte, auf seiner Oberfläche haftet die Placenta sammt Nabelschnurinsertion. Leichte Ablösung der Placenta und Reinversion des Uterus, aber die Unruhe dauerte fort und der Puls verschwand. C. musste seine Hand ex utero zurückziehen, um subcutan Analeptica zu injiciren, aber Alles vergeblich. Tod nach einigen Zuckungen. Die gesammte obige Manipulation dauerte nicht über 15 Minuten, also Tod nicht ganz 1 Stunde nach erfolgter Geburt und Uterusinversion. Die IX-para hatte behufs Erleichterung des Placentarabganges in eine Flasche geblasen. Bei der vorausgehenden Geburt hatte C. bei Wehenschwäche ein lebendes Kind mit der Zange extrahirt. C. erwähnt, es sei dies die 6. Beobachtung von totaler Uterusinversion in der polnischen Literatur [— de facto sind über 25 Fälle beschrieben. Ref. hat allein 3 gesehen. N.]

19. v. Jordan: 4 Symphysiotomien stets wegen nicht übermässiger Beckenenenge oder übermässig grossen Kindes. Operationen 34—56 Stunden nach Geburtsbeginn. Vor Operation Zange angelegt. In 1 Fall keine Knochennaht, in 3 Knochennaht angelegt, aber schwer. Stets Zangenentwickelung, 2 mal hohe Zange. Im ersten Falle Wundeiterung und Cystitis, im 2. glatte Genesung, im 3. Dehiscenz der Wunde, Eiterung, Kachexie, im 4. Falle Tod durch septische Endometritis. Dauer der Nachbehandlung bis zu 60 Tagen.

21. v. Jordan: ein Unicum, Ruptur im 6. Schwangerschaftsmonate, keine Blutung, die Frucht lebte bis zum Ende des X. Lunarmonates. 10 Wochen nach dem Tode des Kindes Operation, Supravaginalamputation des Uterus, um nicht die Placenta ablösen zu müssen. 42 j. XIV-para: Uterus aus unbekannter Ursache rupturirt gegenüber der Placentarinsertion, die Frucht trat zwischen die Därme in die Bauchhöhle aus. Infolge wahrscheinlich kurzer Nabelschnur und Bewegungen der Frucht die Placentarstelle sammt Placenta in die Rupturlücke der gegenüberliegenden Uterinwand eingedrungen. Die in die Risslücke invertirte hintere Uterinwand wuchs in die Risslücke ein, so dass die Uterinhöhle jetzt abgeschlossen war. Die evertirten Risswundränder verwuchsen mit dem Peritoneum. (?)

25. Kraków stellt nach theoretischer Erörterung des heutigen Standes der Kolpokoeliotomie aus 36 vaginalen Koeliotomien der Neugebauer'schen Klinik (bis 26. VII. 1896) 11 Fälle zusammen, wo die Bauchhöhle nur im hinteren Scheidengewölbe eröffnet wurde wegen Beckeneiterungen, Blutergüssen, Ovarial-Tuben- oder Uterustumoren, Ascites bei Prolapsus uteri etc. (auf 36 Scheidenbauchschnitte: 19 mal Uterus-Carcinom, 2 mal Uterussarcom, 1 mal Totalprolaps des Uterus, 6 mal cystische Ovarialtumoren oder Dermoide, 3 mal ektopische Schwangerschaft, 1 mal Vesicaefixation des retroflectirten Uterus, 2 mal Myomatosis uteri [Verfahren mit oberem und vaginalem Bauchhöhlenschnitt], 1 mal Pyosalpinx). 7 mal wurde von dem Assistenzarzte Kraków, 1 mal von Dr. Reutt und 28 mal von Neugebauer operirt. 1 Operirte nach Uterusexstirpation wegen Carcinom starb am 9. Tage an Ileus, eine andere 6 Wochen nach Exstirpation des sarkomatösen Uterus an Marasmus. Kraków tritt warm für die vaginale Koeliotomie behufs Entfernung von Adnextumoren ein.

32. Neugebauer hat eine Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle von heterosexueller Behaarung unternommen. Hand in Hand gehend mit Berücksichtigung der vorzeitigen und verspäteten anomalen geschlechtlichen Entwickelung, Heterogenie, Heterochronie, Heterotopie der Behaarung, Infantilimus, Virilismus, Feminismus, Andromastie, Gynaekomastie, Beziehungen des Infantilismus zur Acromegalie, Nanismus, Gigantismus, Myxoedem, Phthisis u. s. w. Die Arbeit entstand im Anschluss an das Studium eines merkwürdigen Falles von Auftreten männlicher Behaarung und allgemeiner Hypertrichose bei einer 38 j. II-para mit einer in der zweiten Schwangerschaft vor 12 Jahren erlittenen Frühgeburt bei absoluter Amenorrhoe von der ersten Conception an. Auftreten des männlichen Typus der äusseren Erscheinung mit vorzeitigem Verlust der Menstruation ohne sonstige Erscheinungen einer Climax praecox am Uterus und der Scheide.

36. Neugebauer hat monographisch die Lehre von der Inversio uteri bearbeitet (deutsch: siehe Prof. v. Drasche's Bibliothek d. gesammt. med. Wissenschaften. Band Geburtshilfe und Gynaekologie. Wien, Leipzig. 1895. S. 454—465. 25 Seiten mit 17 Abbildungen, Warszawski im zweiten Theil der Arbeit (12 Seiten) die polnische Kasuistik von 19 Fällen mit 15 Genesungen zusammengestellt.

40. Rapczewski wurde $1^1/_2$ Jahr nach Zangenentwickelung von Zwillingen zu einer neuen Geburt geholt: „Das Kind sei todt geboren, die Mutter liege im Sterben." Anämische, fast pulslose, aber bewusste Frau liegt in einer Blutlache im Bette, neben ihr das Kind. Kindskopfgrosse Inversio uteri totalis, Placenta haftet noch theilweise am Uterus sowie auch Eihautfetzen. Kampher, Aether, Redressement des Uterus in die Scheide, wonach Spontanreinversion ohne R.'s Zuthun. Das half aber nichts, die Frau verlor Bewusstsein und Puls, und starb $^1/_2$ Stunde nach R's Ankunft. Ursache der Inversion war Zug an der Nabelschnur seitens der „weisen Frau" behufs Entfernung der Placenta.

44. Rosner: 2 schwer zu behandelnde Fälle von Harninkontinenz, im ersten Falle Harnfistel — 5 Operationen — nach Dystokie, im zweiten Fall der Anamnese nach Hypospadie traumatischen Ursprunges sub onania mittelst Kommodenschlüssels [mit dem Bart voran in die Scheide eingeführt], später eines hölzernen Stabes. Gelegentlich entstand bei Gebrauche des Stabes Schmerz und Blutung. — Harnröhrenscheidenfistel nach Herabstürzen mit gespreizten Beinen von einem Stuhl auf einen Eimer bei bestehendem Vorfall der vorderen Scheidenwand, die zwischen Schambogen und Eimerrand gequetscht wurde. Lange Narbe und in derselben eine Urethrovaginal-Fistel. —

46. Rosner: Gangränöses submucöses Uterusfibrom konnte wegen Ankylose der Hüftgelenke nicht vaginal angegriffen werden. Bauchschnitt dauerte wegen ausgedehnter Verwachsungen 2 Stunden: erst Uterus entfernt, dann Adnexa. Der Katheter durchstiess die Blasenwand, Loch mit Catgut in 2 Etagen vernäht. Scheidenbauchfellöffnung vernäht. 3 pCt. Borsäurespülung. Mikulicz's Gazedrainage. Schwere Nachbehandlung, weil die Catgutnäthe versagten, der Harn floss durch die Bauchwunde ab und in die Excavatio vesico-rectalis. Der Bauchwandverschluss gab nach, gangränöse Gewebsfetzen entleerte sich, Fieber, Puls bis 140. Allmälige Genesung. Spontanverschluss der Vesico-abdomino-parietalfistel bei Dauerkatheter, aber später eine Vesicovaginalfistel gefunden. Rosner glaubt, es sei dieselbe Fistel, die früher den Harn in die Bauchhöhle entleerte. (Wie sollte das möglich sein, da doch die Scheide oben vernäht worden war?) Nur Kolpokleisis werde hier dem Harnflusse abhelfen wegen Schwierigkeit die Fistel von der Scheide aus direkt zu verschliessen (und Trendelenburg's Sectio alta? N.)

50. Rydygier sah eine Dünndarmfistel entstehen durch Druckusur bei Anwendung der Richelot'schen Klammern bei vaginaler Uterusextirpation. Es war nicht etwa Darm gefasst worden, sondern die Spitze einer Klammer hatte eine Contactdrucknecrose hervorgebracht. —

53. Sachs: Kurz post partum wurde wegen Collaps Dr. Makow geholt, der die Placenta vom invertirten Uterus löste. Die 22 j. I-para hatte auf den Rath der Geburtswärterin hin in eine leere Flasche blasen müssen behufs Abtreibung der Placenta. Angeblich kein Zug an der Nabelschnur ausgeübt. 1/2 Stunde post partum fiel etwas aus der Schamspalte heraus, was die Wärterin binnen 25jähriger Praxis noch nicht gesehen hatte. Sie erschrak darob und schickte nach einem Arzte. Die schmerzgequälte Kranke wurde damit getröstet, sobald die Nachgeburt heraus sei, werden die Schmerzen aufhören, es gehe Alles gut. Hier Uterusinversion nach leichter Spontangeburt bei einer I-para ohne Muskelschwächung, nur durch das Blasen in die Flasche also durch forcirte Exspiration. S. löste zunächst die Eihäute ab, reponirte dann den Tumor in die Scheide, dann schnell spontane Reinversion. Gute Kontraktion, keine Blutung, aber Puls schlecht, Kampher, Kochsalzclysma, aber Collaps besteht fort und nach 36 Stunden Tod. Da weder Sepsis noch Luftembolie, soll Shock die Todesursache gewesen sein.

54. Stankiewicz: Ein Bauernmädchen weidete ihre Kühe und kämmte sich dabei. Eine Haarnadel im Munde lief sie einer davoneilenden Kuh nach und verschluckte im Laufen die Haarnadel am 31. Mai 1896. Am 4. Juni kam sie in die chirurgische Klinik des Warschauer Evangelischen Hospitals und wurde von Dr. Stankiewicz und Dr. Neugebauer nntersucht. Die eine Zinke der Nadel war per vaginam oberhalb des hinteren Scheidengewölbes zu tasten und schien frei in das Cavum Douglasii hineinzuragen. Ein Einschnitt in die hintere Vaginalwand ergab jedoch keine genauere Ortsbestimmung der Lage der Nadel, also vollzog Stankiewicz sofort den Bauchschnitt, und fand auch bald die eine aus einer Dünndarmschlinge frei hervorragende Zinke, die von N. mit einer Klemmpincette fixirt wurde. S. extrahirte dann die Nadel an der einen Zinke. Vergeblich war das Suchen nach der Perforationsöffnung, die sich schnell spontan geschlossen hatte durch Contraktion der Darmwand. Bauchwunde geschlossen. 21. Juni Patientin geheilt entlassen. Es handelte sich um eine 2 zinkige grosse Haarnadel aus Messing.

55. Stępkowski beschreibt 3 Fälle von Metrorrhagien aus Neugebauer's Klinik, wo die Aetiologie auch mikroskopisch nicht zu erhärten war. Endometritis bei einem 13 j. Mädchen neben kleiner Ovarialcyste, eine absolut unerklärte und trotz wiederholter Ausschabungen rebellische Blutung bei einem 19 j. Mädchen mit gesunden Adnexen (virgo intacta), endlich hartnäckige Blutungen bei Ulceration des obersten Scheidenabschnittes nicht venerischer und nicht tuberculöser oder bösartiger Natur der Portio vaginalis bei einem 19 j. Mädchen, wo vor einigen Jahren bei hymenaler Atresie eine Hämatokolpos operativ entleert worden war. Wiederholte mikroskopische Untersuchungen schlossen jeden bösartigen Process aus. Alle 3 Mädchen waren quoad cohabitationem virgines intactae. S. sichtet die bezügliche Literatur und empfiehlt als Ultimum refugium, auch wenn maligne Erkrankung mikroskopisch nicht nachweisbar ist, die Uterusexstirpation.

Sitzungsberichte.

Geburtshilfliche Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 3. März 1897.

Vorsitzender: Dr. C. J. Cullingworth.

Ein Condolenzbrief der Berliner gynäcologischen Gesellschaft in Anlass des Todes von Sir Spencer Wells wird verlesen.

Präparate:

Dr. W. Duncan: Fünf Fibromyome, entfernt durch Bauchschnitt.

Mr. A. F. Stabb: Uterus mit interstitiellem Myom, entfernt durch abdominale Hysterectomie bei einem Mädchen von 26 Jahren.

Discussion: Cullingworth und Alban Dorau.

Vorträge:

Cullingworth: Die unverminderte Sterblichkeit an Puerperalfieber in England und Wales. Der Vortrag wurde bereits anderweitig in extenso veröffentlicht.

Dr. Arthur E. Giles: Ueber die cyclische oder Wellen-Theorie der Menstruation mit Beobachtungen über die Veränderungen von Puls und Temperatur bei der Menstruation. Der Vortrag gründet sich auf Beobachtungen von Temperatur und Puls vor, während und nach der Menstruation.

Die Temperaturbeobachtungen umfassen 50 Menstrualperioden bei 45 Frauen. Es wurde dann eine mittlere Curve aus den 50 Fällen entworfen, welche als Typus der Temperaturkurve bei der Menstruation betrachtet werden kann. Sie zeigt, dass die Temperatur am niedrigsten ist in der Mitte der Intermenstrualperiode; dann steigt sie allmählich und erreicht ihr Maximum zwei Tage vor der Menstruation. Dann folgt ein plötzlicher Abfall am Tag vor dem Blutfluss und ein zweiter, geringerer am Ende der Periode. Sie steigt wieder langsam in der ersten Woche nach dem Aufhören der Menstruation und fällt zum dritten Male ab im Beginne der Intramenstrualperiode.

Die Beobachtungen von Jacobi und Reinl sind in ähnlicher Weise zur Construction einer Durchschnittscurve verwendet worden, welche der des Vortragenden durchaus ähnlich ist.

Der Puls. Die sphygmographischen Untersuchungen wurden an 7 Frauen vorgenommen und erstrecken sich über 9 Menstrualperioden. 40 Beobachtungen wurden vorgenommen. Sie zeigen, dass der Blutdruck am grössten ist in den ersten zwei Tagen der Menstruation und am Tage vorher. Er ist niedriger während des Bestehens der Periode und steigt wieder langsam nach ihrem Aufhören. Die Veränderungen von Temperatur und Puls sind verhältnissmässig gering.

Der Vortragende bespricht dann die Uebertragung dieser Thatsachen auf die cyclische Theorie der Menstruation. Diese Theorie, so wie sie gewöhnlich aufgestellt wird, reicht nicht aus zur Erklärung des Ursprungs der Menstruation. Aber in modificirter Form giebt die cyclische oder periodische Theorie eine Anschauung von dem Wesen der Menstruation, welche betrachtet werden muss als der Abschluss der reproduktiven Phase im Wechsel zwischen nutritiver und reproductiver Thätigkeit, oder mit anderen Worten als eine wiederholte Vorbereitung zur Aufnahme und Ernährung eines befruchteten Eies. Bei Abwesenheit eines solchen Eies verläuft die Menstruation wie ein Abort.

Sitzung vom 7. April 1897.

Vorsitzender: C. J. Cullingworth.

Präparate:

Mr. Target. Grosser cystischer Peritonealabscess, eine Ovarialcyste vortäuschend.

Dr. Drummond Robinson. Ovarialcyste, entfernt durch vordere Colpotomie.

Dr. Lewers. 1. Eine Missbildung, anscheinend bestehend aus einer kugeligen Fleischmasse mit einem anhängenden Glied. 2. Eine Röntgenphotographie dieser Missbildung. 3. Uterus mit Myomen, entfernt durch abdominale Hysterectomie.

Dr. Eden. Unvollständiger Decidualausguss des Uterus, von einem Fall, bei welchem keine Zeichen einer Extrauterinschwangerschaft vorhanden waren.

Dr. Bottomley. 1. Fötale Missbildung. 2. Fötus compressus.

Dr. Duncan. Weitere Präparate von Myomen des Uterus, gewonnen durch abdominale Operation.

Dr. Hermann. Präparat einer ektopischen Schwangerschaft, Frucht in der Bauchhöhle fast ausgetragen, Placenta am Fundus uteri angeheftet.

Dr. Blacker: Ueber die Behandlung der Placenta praevia mit dem Ballon nach Champetier de Ribes. In den ersteren Fällen von Blutung bei Placenta praevia kann der Champetier de Ribessche Ballon angewendet werden an Stelle der Wendung, indem man ihn in den Amnionsack einführt nach Zerreissung der Membranen. Auf diese Weise wirkt der Ballon sowohl als Tampon zur Blutstillung, indem er den losgelösten Teil der Placenta fest gegen die Uterinwand andrängt, als auch als Dilatator des Cervicalcanals und als sehr kräftiges Reizmittel für die Uteruscontractionen. Er ist also ein leichtes Mittel der Blutstillung und vermag zugleich die grosse Mortalität der Kinder, die in diesen Fällen nach Ausführung der Wendung besteht, herabzusetzen.

Der Vortragende behandelte 5 Fälle von Placenta praevia auf diese Weise und sammelte 17 andere ähnlich behandelte Fälle. Nur in einem Fall trat ernste Blutung ein nach Einführung des Ballons, eine solche Blutung kann regelmässig leicht gestillt werden durch Anziehen des Ballons. In keinem Falle fand man irgend welche Schwierigkeit beim Einführen des Ballons, noch war eine vorherige Erweiterung der Cervix notwendig. Die längste Zeit, welche nach Einführung des Ballons bis zur vollständigen Erweiterung der Cervix verstrich, betrug 5 Stunden 10 Minuten.

Von den Müttern starb eine an Septicaemie, die wahrscheinlich vor ihrer Aufnahme ins Spital und vor der Einführung des Ballons schon bestand. Von den anderen hatten 5 eine leichte Temperaturerhöhung im Wochenbett, während bei den übrigen das Puerperium fieberlos und normal verlief. Von den 22 Kindern wurden 14 lebend geboren, und 8 oder 36,3 pCt. starben. Von den 14 starben nachher noch 4, das macht eine Mortalität von 54,5 pCt.

Die Vorteile des Ballons sind:

1. Leichte und einfache Einführung.
2. Leichteres Stehen der Blutung.
3. Jede weitere Blutung kommt zum Stehen durch Ziehen am Ballon.
4. Der Ballon und nicht der kindliche Körper erweitert den Cervicalcanal.
5. Die Leichtigkeit der Geburt nach Ausstossung des Ballons.
6. Der Ballon ist ein sehr kräftiges Reizmittel für die Uterusthätigkeit.
7. Die verminderte Mortalität der Kinder im Vergleich mit den Resultaten nach der Wendung.

Begründete Einwürfe gegen den Ballon sind: Die Gefahr septischer Infection, die Gefahr einer Uterusruptur und die Verschiebung des vorliegenden Kindesteils bei der Einführung des Ballons.

Andere Einwürfe wie, dass der Ballon schwer einzuführen, dass eine vorherige Erweiterung des Cervicalcanals notwendig sei, sind grundlos.

Selbst bei Placenta praevia centralis kann der Ballon angewendet werden und giebt ebenso gute, wenn nicht bessere Resultate wie die Wendung.

Discussion: Dr. Hermann stimmte den Ausführungen des Vortragenden bei. Er meinte, dass der Ballon einen besseren Pfropf abgebe als eine Gesässhälfte, denn er presse gleichmässig auf das ganze untere Uterinsegment, was die Gesässhälfte nicht könne. Die Blutung bei Placenta praevia sei durch die Dilatation der Cervix hervorgerufen, deshalb könne der Ballon bei beträchtlicher Blutung immer eingeführt werden. Seine eigenen Erfahrungen mit dem Champetier de Ribes'schen Ballon seien ebenfalls günstig.

Dr. Horrocks gebraucht seit einigen Jahren den de Ribes'schen Ballon nicht nur in Fällen von Placenta praevia, sondern auch in allen Fällen, wo früher der hydrostatische Dilatator von Barnes benutzt wurde. In Fällen von Placenta praevia führte er den Ballon blos in den Amnionsack ein, wenn die Eihäute zerrissen waren. In den Fällen, wo sie intakt waren, vermied er ihre Zerreissung. Der vorliegende Teil der Placenta wurde mit dem Finger vorsichtig rings abgelöst und dann der Ballon in den Uterus eingeführt, sodass er unterhalb der Eihäute zu liegen kam. Durch diese Methode wurden gute Resultate erzielt. Bei profusen Blutungen wurden die Eihäute zerrissen, da dies die schnellste Methode ist, um Uteruscontractionen sicher zu erzielen, welche die Blutung dann zum Stehen bringen während bei Blutung infolge von Placenta praevia die Behandlung genau das Gegenteil bezweckt, nämlich Contractionen des Uterus zu vermeiden und die Dilatation mit künstlichen Mitteln zu bewirken; erst wenn die Cervix genügend erweitert ist, werden die Eihäute zerrissen Die Hauptgefahr sehe er in der möglichen Sepsis; da eben der Gummiballon nicht gut aseptisch zu machen sei.

Dr. Spencer äussert, er habe eine ziemliche Erfahrung über placenta praevia und die Anwendung des Champetier de Ribes'schen Ballons, obwohl er den Ballon nicht bei Placenta praevia angewandt habe, sondern gewöhnlich nur, um die Frühgeburt einzuleiten. Seine Erfahrungen lassen ihn den meisten Folgerungen des Vortragenden zustimmen, doch sollten seiner Meinung nach auch noch andere Erwägungen berücksichtigt werden, damit die Behandlungsart nicht in Misskredit komme durch Anwendung bei ungeeigneten Fällen. Bei Fällen von Placenta praevia completa halte er die Anwendung des Ballons nicht für ratsam; es könnte ein Stück der Placenta abgetrennt werden und in solchen Fällen stirbt das Kind fast immer ab; auch wird es im Allgemeinen unmöglich sein, den Ballon so gut beim Einführen zu kontrolliren, dass er sicher nicht die Placenta ablöst, statt in die Amnionhöhle zu kommen, wodurch er die Blutung, statt sie zu stillen, nur vermehren würde. Spencer führt ausserdem eine kürzlich erschienene Arbeit von Dr. Camille Juge an, in welcher ein Bericht über neun mit Einführung des Ballons in den Fruchtsack behandelte Fälle giebt. Bei diesen neun Fällen starben drei Mütter und sechs Kinder kamen todt zur Welt. Diese Fälle, denen des Vortragenden angefügt, geben eine Sterblichkeit für die Mütter von 13 pCt., für die Kinder von wenigstens 58 pCt. Der Ballon verursachte oft beträchtliche Schmerzen und bei dreien von Juge's Fällen bewirkte er Collaps — ein sehr ernster Zufall bei solchen Fällen. Auch dauerte die Geburt oft sehr lange, in zwei Fällen der Tabelle bis zu 20 Stunden. Dr. Spencer fand, dass bei der Wendung die Geburt in 16 von 17 Fällen in drei Stunden beendet war und im 17. Fall in fünf Stunden.

Dr. Blacker hebt in seiner Erwiderung hervor, dass er Dr. Hermann nicht nur für seine Bemerkungen zu seinem Vortrag zu Dank verpflichtet sei, sondern auch dafür, dass er hauptsächlich auf seine Empfehlungen hin zuerst diese Behandlungsmethode der Placenta praevia angewendet habe. Er halte die Einführung des Ballons nach Zerreissung der Eihäute für entschieden besser, als die Einführung mit Erhaltung derselben, da letztere Methode fast immer von einer unnötigen Blutung begleitet sei.

Buchanzeigen.

Uterus und Kind von der ersten Woche der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt, und der Aufbau der Placenta. Von **G. Leopold.** Geburtshülflich-anatomischer Atlas, 30 Tafeln enthaltend mit erläuterndem Text und 5 Texttafeln. Leipzig, 1897. S. Hirzel.

Von den grossen Fortschritten des typographischen Gewerbes in der künstlerischen Herstellung farbiger Abbildungen hat auch die Medicin wesentlichen Nutzen gezogen. Wer die zahlreichen Einzelarbeiten und Monographien Leopold's durchmustert, wird erkennen, dass gerade er den Werth einer möglichst vollendeten bildlichen Illustration stets erkannt und ihre Heranziehung im grossen Style durchgeführt hat. Man ist förmlich gewohnt, von Leopold auf wissenschaftlichen Congressen prächtige Abbildungen zu wissenschaftlichen Arbeiten vorgelegt zu bekommen. Was er aber an solchen dem letzten Gynäkologen-Congress als gerade erschienen vorzeigte, eben die Tafeln des angekündigten Atlas, war in seiner Art so vollendet, dass allseitige Bewunderung laut wurde.

An dem Zustandekommen eines solchen Werkes müssen gar viele Faktoren mitwirken, von welchen sich nicht Jeder volle Rechenschaft giebt: Zu allererst — die Leiche, deren tragisches Verdienst in der wissenschaftlichen Ausnutzung untergeht, der Zeichner und Maler, der vornehme und opferbereite Verleger u. s. w. Ueber Allen aber schwebt der Gelehrte, welcher das Todte belebt zum Nutzen der Lebenden und die Kunst der Wissenschaft dienstbar macht. Wie wenig Werth hätte ein Gefrierdurchschnitt, dessen anatomische Einzelheiten jeder in topographischer Anatomie nur einigermaassen Bewanderte herausfinden könnte, wenn er nicht in kundigerer Weise zur Lösung schwebender Streit- und Wissensfragen benutzt würde! Ja, nur darin findet die Anfertigung und Abbildung immer neuer Gefrierdurchschnitte, deren wir jetzt eine verhältnissmässig grosse Zahl besitzen, überhaupt ihre Rechtfertigung: nicht in einer farbenprächtigen Wiedergabe, sondern in dem Werth, den sie weniger durch Bekräftigung des Alten, schon Bekannten, als durch Aufklärung des Unentschiedenen, durch Vorbringung neuer Gesichtspunkte innerlich besitzen.

Es soll daher nicht übergangen werden, dass sich auch in dem Leopold'schen Atlas manche Tafeln befinden, welche der letzteren Forderung weniger entsprechen, an denen man aber gleichwohl seine Freude haben kann.

Leopold hebt denn auch in einem gewissen Eigengefühle des Berechtigten dieser Ausstellung gegenüber in seiner Vorrede selbst hervor, dass es ihm besonders darum zu thun war, vom ersten bis zum letzten Monate der Schwangerschaft speziell über Bau und Entwicklung der Placenta eine zusammenhängende Reihe gradatim aufeinander folgender naturgetreuer Abbildungen zu gewinnen. Auch sollten die Abbildungen über Lage, Haltung, Stellung des Kindes, über den Geburtsmechanismus, über das untere Uterinsegment und den inneren Muttermund etc. soweit thunlich die Aufeinanderfolge der einzelnen Stadien der betreffenden Vorgänge wiedergeben. — 18 neue Präparate liegen dem Atlas zu Grunde: 7 Alcoholpräparate, 11 Gefrierdurchschnitte, worunter 6 Beckenendlagen (vom 6. bis 10. Monat) und 9 Kopflagen (vom 4. bis 10. Monat). Als die „kostbarsten Objecte" werden mit Recht bezeichnet die dargestellten Schwangerschaften von angenommen 8 bez. 14 Tagen und die Extrauterinfruchtsäcke vom 5. bez. 10. Monat.

Seinen Mitarbeitern, den Herren DDr. Hölemann und Gaiser, dem Maler H. Dietrich, sowie seinem Verleger wird in der Vorrede gebührender Dank abgestattet.

Der I. Theil des Textes ist der Beschreibung der Präparate gewidmet. Diejenige der jüngsten Ovula ist mit Bezugnahme auf die Litteratur der übrigen beschriebenen frühzeitigen Eier ausführlich gehalten. Wo zugehörig, sind die mikroskopischen Befunde stets genau angegeben und ihre Deutung begründet. Die Placenta wurde im Zusammenhang mit der Muscularis untersucht; vielfach wurden Serienschnitte angewandt. Je weiter die Schwangerschaft fortschreitet, um so mehr treten die mikroskopischen Untersuchungen zurück gegenüber den topographischen und den theoretisch-geburtshülflichen, wie dies weiter oben angedeutet wurde.

Doch auch hier wird stets auf anatomisch-histologischer Grundlage vorgegangen.

Weiter lässt sich in einer Besprechung auf diesen Theil des Werkes nicht eingehen.

Der II. Theil fasst die „Erläuterungen und Ergebnisse" des I. zusammen und „hebt unter Verwerthung der Litteratur alles das hervor, was nunmehr festzustehen scheint oder noch des weiteren Ausbaues bedarf".

1. Decidua vera, Beschreibung gemäss den früheren Darstellungen Leopold's. Hinweis auf die scharfe Abgrenzung von der Collumschleimhaut, deren Gerüst grösstentheils von feinsten Muskelfasern gebildet wird. Auf die Darstellungen Bayer's wird nicht eingegangen. Am Ende der Schwangerschaft hat die D. vera noch ganz genau den Typus ihrer ersten Anlage bewahrt, nur, infolge der Dehnung, in vermindertem Massstabe.

2. Decidua capsularis (Reflexa). Das Eichen ist schon am Ende der ersten Schwangerschaftswoche von der Gebärmutterschleimhaut völlig umwachsen. Der Capsularis fehlt aussen wie innen eine epitheliale Bekleidung, sonst besitzt sie alle Elemente der Vera. An dem Gewölbe und den Seiten der Capsularis verbinden sich die Zotten mehr durch Juxtaposition, durch fibrinöse bezw. syncytiale Verklebung, also in lockererer Weise als an der Eibasis.

3. Decidua basalis (Serotina). Die Innenfläche des Eibodens wird durch die entgegenwachsenden Zotten „wie Staub aufgewühlt zu wolkenartigen Haufen von Deciduazellen". Die zugehörigen Capillaren werden erweitert und eröffnet; es bildet sich eine Art Lacunensystem aus, das mit den zwischen den Zotten verbleibenden Lücken in Verbindung zu stehen scheint. Schon in frühester Zeit der Schwangerschaft sind Gefässe tragende und von Blutgefässen umspülte, nach dem Chorion zustrebende Deciduabalken vorhanden. „Mit diesen Grundmauern, sagt Leopold in seiner häufig poetisch-malerischen Ausdrucksweise, hat die Natur den Plan für die Placentarbildung entworfen. Er erfährt in der Folgezeit keine Abänderungen mehr: die Decidua basalis ist der Boden zum Hause; die Deciduabalken sind die ersten Säulen, welche später zu den Mauern und Zimmerwänden emporwachsen. Sie führen das Arterienblut zu. Und zwischen diese Säulen und Mauern sind die Zotten von oben her als Netz- und Maschenwerk hereingehängt, an denen die grösseren und stärkeren sich im Boden und Mauerwerk eingraben."

Ein Einwachsen der Zotten in Uterindrüsen (Reichert) findet nirgends statt. Sämmtliche Zotten und Zöttchen tragen stets „den gleichen einfachen Epithelmantel, dem an verschiedenen Stellen höchstens die Langhans'sche Zellschicht innen anliegt".

Damit soll also die Annahme zurückgewiesen werden, dass das äussere Zottenepithel ein vom mütterlichen Epithel abstammendes Syncytium sei. Leopold nimmt somit ein doppeltes Chorionepithel an. Der Ausdruck „einfacher Epithelmantel" wird später näher erläutert (S. 215).

In der tiefsten (äusseren) Schicht der Basalis bleiben — entgegen C. Ruge und Hofmeier — spaltartige Drüsenräume mit epithelialer Auskleidung bis zum Ende der Schwangerschaft erhalten.

Leopold verharrt dabei, dass sie den Grundstock der sich im Puerperium neubildenden Schleimhaut abgeben, entgegen Pels Leusden, welcher diese Neubildung von serotinalen Riesenzellen herleitet. Er gesteht jedoch gern zu, dass dessen sorgfältige Untersuchungen zu einer Nachprüfung auffordern.

Nun wird wieder auf die Gefässverhältnisse in ihrem Zusammenhang

mit dem Zwischenzottenraum eingegangen mit dem Ergebniss, dass „schon in der 2.—3. Woche die Zwischenzottenräume mit den Blutgefässen des Eibodens und der Eikapsel (Reflexa) im direktesten Zusammenhang stehen", wonach die bisherige Annahme als unhaltbar zu gelten habe, „dass sich ein wirklicher intervillöser Kreislauf erst im 5. Monat ausbilde".

Die gefässtragenden Deciduabalken sind schon von Hofmeier beschrieben worden, welcher auch erkannte, dass die angetroffenen inselartigen Deciduaquerschnitte zu Deciduabalken gehören, welche die Placenta bis an das Chorion heran durchsetzen. Nur darüber, dass diese Balken Gefässe trügen, fänden sich keine Angaben, während Bloch sie geradezu ableugne. Für Leopold ist aber „jeder Zweifel darüber ausgeschlossen, dass die Deciduabalken selbst von Blut versorgt werden, dass sie aber auch dieses Blut auf wohlorganisirten Bahnen ebenso in die Tiefe wie in die Höhe des Zwischenzottenbereiches weiter befördern".

Leopold beschreibt nun noch des Näheren die verschiedenen Formen der Deciduabalken, denen eine so ausserordentliche Bedeutung für die Blutversorgung der Placenta zugewiesen wird, erklärt aber doch weitere Untersuchungen für nothwendig.

Die serotinalen Riesenzellen hält L. nach wie vor für Bindegewebszellen, eine Auffassung, welche Ref. besonders sympathisch ist, als ein Anfang gegenüber dem allgegenwärtigen, allesvermögenden, epithelentsprossenen Syncytium sich der überlegenen metaplastischen Fähigkeit des Bindegewebes mehr zu erinnern.

Die frühere Annahme, dass die physiologische Thrombose der Uterinvenen durch Einwanderung jener Riesenzellen hervorgerufen werde, wird um so entschiedener fallen gelassen, als „diese Venenthrombose schon in Uteris vom 4.—5. Monat der Schwangerschaft zu bemerken ist". Sie ist vielmehr auf eine Wucherung der Gefässintima zurückzuführen.

4. Zur Entwicklung der Placenta von Dr. Gaiser. Dieser klar und fesselnd geschriebene Abschnitt enthält so viele Details, welche ohne Danebenhalten der Abbildungen, wie in einer Besprechung, sich nur gleich zusammenhanglosen Aufzählungen ausnehmen würden, dass wir hier nur Einiges herausheben können. Wir finden hier wieder die Bedeutung der serotinalen Deciduaerhebungen für die Bildung der Cotyledonen hervorgehoben, von denen wahrscheinlich ein jeder, trotz nicht genauer Abgrenzung vom grossen System des Zwischenzottenraums, sein eigenes Gefässsystem, Randarterien und Centralvene besitze. Die Abführung des Blutes wird nicht nur durch die placentare Randvene, sondern durch eine Menge anderer Venen besorgt. Die feste Verbindung zwischen Chorion und Decidua serotina tritt erst relativ spät, nicht vor dem 2. Monat, ein. Erst von da ab werden die epithellosen Haftzotten von der Decidua vollkommen umwachsen, nachdem die Serotina viel früher, schon in den ersten 8 Tagen, ihres Epithels verlustig ging.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist die Darstellung der Verhältnisse des Zottenepithels. Mit grösster Bestimmtheit wird die ausschliesslich fötale Herkunft der äusseren Begrenzung der Zotten in Gestalt zweier deutlich differenzirter Zellschichten nachgewiesen.

Die innere, Langhans'sche Schicht, entstammt dem Bindegewebe der Zotte, die äussere, eigentliche Epithelschicht ist das Syncytium. Vom 3. Monat an verschwindet die Langhans'sche Schicht ganz, das Syncytium wird auf einen immer schmäler werdenden einfachen Saum reducirt, den „Epithelring der jüngsten wie älteren Zotten."

Einen besonderen endothelialen Ueberzug, etwa von mütterlichen Gefässen stammend, haben Leopold-Gaiser ebensowenig wie Hofmeier finden können. Durch Abhebung des dünnen Syncytiumsaumes kann ein Endothelbezug vorgetäuscht werden. „Die Ansicht, dass eine oder beide Schichten mütterlichen Ursprungs seien, muss mit aller Bestimmtheit zurückgewiesen werden."

Die Entschiedenheit dieser Hinstellung wird für die Lehre vom „malignen Deciduom" sicherlich ihre guten Früchte tragen.

Bezüglich der Rolle, welche das Syncytium beim Wachsthum der Zotten spiele, so komme ihm wohl die besondere Aufgabe zu, das Decidua-

gewebe aufzulockern und die Gefässe zu eröffnen. Bezüglich dieser arrodirenden Thätigkeit des Syncytiums spricht sich aber Gaiser nicht so bestimmt aus wie Ulesko-Stroganowa (Monatsschr. V, 1) welche wohl nicht mehr citirt werden konnte.

Bezüglich der ersten Anfänge von Gefässbildung in den Zotten, so fanden Leopold-Gaiser, entgegen Coste und Hofmeier solche bereits in der 1. und 2. Woche.

Die Darstellung des späteren Verhaltens der Zottengefässe nach P. Schultze wird voll bestätigt.

5. Der Aufbau der Placenta. Dieses Kapitel, erläutert durch vorzügliche schematische Zeichnungen fasst in knapper Weise die Ergebnisse der vorausgehenden nochmals zusammen, in besonderer Betonung der Rolle der Deciduabalken als des „Säulengerüstes" der sich formenden Placenta. Hierzu gehört die frappante Tafel XXX des Atlas, der aus der Mitte einer injicierten Placenta des 9. Monats herausgeschnittene und von dem feineren Zottengeflecht befreite Würfel, der sich ausnimmt, wie die wirren Ranken und Wurzeln eines tropischen Mangrove- und Lianenurwaldes.

6. Der Sitz der Placenta. Die bekannte Lehre Leopold's von der Möglichkeit der Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft und während der Geburt (Placenta hinten, wenn die Tuben auf der Vorderwand der Gebärmutter convergirend, Placenta vorn, wenn sie an den beiden Seitenkanten ziemlich parallel der Längsaxe des Körpers verlaufen) wird durch mehrere seiner Präparate gestützt.

7. Die Cervix uteri in der Schwangerschaft und in der Geburt und der innere Muttermund. Hier wird ausführlich Bezug genommen auf die mit Recht gerühmte Monographie v. Franqué's, dessen wesentlichsten Schlussfolgerungen sich Leopold anschliesst. (S. Krukenberg's Besprechung, Monatsschr. V, Erghft.)

Die weit überwiegende Mehrheit der Fachgenossen theilt die von ihnen vertretenen Anschauungen von der Erhaltung der Cervix in der Schwangerschaft, von der scharfen Abgrenzung sowohl der Schleimhaut wie der Muskulatur am Orif. intern. gegen das Corpus Uteri, von der Bildung eines ausschliesslich von Decidua ausgekleideten unteren Uterinsegments, wenn auch ein Moment, die Constanz und die Ursachen der Bildung eines das untere Uterinsegment nach oben abschliessenden Contraktionsringes strittig sein mögen. Ref. ist es immer merkwürdig erschienen, wie an sich so leicht und scharf zu sehende Dinge von so Vielen pseudoskopisch wahrgenommen wurden. Die erbitterten Kämpfe auf diesem Gebiete sind thatsächlich zu einem grossen Theil auf blosses Falschsehen zurückzuführen.

Die neuen Durchschnitte Leopold's zeigen wieder auf's Klarste die betreffenden Verhältnisse. „Von dem Cervicalkanal ist auch im 9. Monat nichts mit verbraucht für die Bergung des Eies." Anders natürlich, wenn Wehen vorausgegangen waren, wodurch unter Vorschiebung der Fruchtblase das Collum von oben her trichterförmig eröffnet wird. Dabei wurden die Wände des Cervicalkanals nur wenig gedehnt, bis zu 4 und 5 cm. Ob eine beträchtlichere Dehnung in der II. Geburtsperiode, bis zu 7, 8 und 9 cm, wie sie Zweifel ermittelte, sich constant vorfinde und das Zusammenfallen der Schleimhautgrenze, d. h. des inneren Muttermundes, mit der vorspringenden Leiste, d. h. dem Contractionsring, wie Letzterer von seinen 2 Fällen angiebt, sich auch fernerhin wieder zeige, werde erst durch neue geeignete Gefrierdurchschnitte festgestellt werden können.

Unseres Erachtens kann man sehr wohl eine so bedeutende Cervix-Dehnung für möglich halten, ohne deswegen von der obigen Lehre über das untere Uterinsegment etwas preiszugeben.

8. Das untere Uterinsegment. Bestätigung des auch von v. Franqué für richtig befundenen Satzes von Pestalozza, dass die Verdünnung des unteren Uterinsegments der Erweiterung der Cervix vorausgehe, durch Leopold's eigene Durchschnitte. Gestützt darauf, sowie auch auf den wichtigen Durchschnitt von Tibone—Acconci hält Leopold, und mit ihm die Mehrzahl der Fachgenossen, an der Ansicht fest, dass es „beim hochschwangeren und kreissenden Uterus (in der I. und II. Geburtsperiode) ober-

halb der Schleimhaut-Grenze d. h. des inneren Muttermundes einen dem Corpus uteri angehörenden Abschnitt giebt, welcher gedehnt wird und welcher von Decidua-, niemals von Cervicalschleimhaut bekleidet ist."

Diesen Satz wird auch der unterschreiben können, welcher, wie Referent, das constante Vorkommen eines Contraktionsringes leugnet.

Ob wohl der Streit über O. i. und uUs. nun verstummen wird? Kaum. Es mag ja vorkommen können, dass sich eine Decidua cervicalis bilde, dass das Ei sich theilweise innerhalb der Cervix einniste; wenn aber, so sind das zum Mindesten sehr seltene Vorkommnisse, die man zur Erklärung der normalen, gewöhnlichen Verhältnisse heranzuziehen aufhören sollte.

9. Die Haltung und Stellung des Kindes. Dieser Abschnitt lässt sich, losgelöst von den Tafeln, in einer Besprechung nicht analysiren. Es liegen ihm allein 9 Fälle unter, welche im Einzelnen auch Gelegenheit geben, gewisse Fragen des Geburtsmechanismus (ob sich der Kopf oder der Rücken zuerst drehe, die Abbiegung des Kopfes vom Rumpfe mit Knickwinkel nach vorn oder hinten, u. a. m.) zu erörtern.

Die Aufgabe, das schöne und reichhaltige Werk Leopold's, die Frucht vieljähriger, unablässiger Arbeit, zu besprechen, ist mir leicht gewesen; denn der Text hat jede Weitschweifigkeit vermieden, ist durchweg klar, anschaulich, sachlich gehalten und geht nicht mehr auf Controversen ein, als zur Aufhellung der eigenen Darbietuugen nöthig ist. Ueber manche Fragen wird Mancher anderer Meinung sein, das weit Ueberwiegende der Thesen seines auf voller Höhe der Forschung stehenden Werkes wird ungetheilte Zustimmung finden.

Es ist sehr zu beklagen, dass der hohe Preis desselben — 120 M. — einer weiteren Verbreitung entgegensteht. Sollte es aber nicht möglich sein, auch eine billigere Ausgabe, ähnlich der von Barbour, mit einer Auswahl der Tafeln und in kleinerem Format zu veranstalten? Derartige Werke auf diesem Wege populärer zu machen, wäre ein grosses Verdienst.

Saenger.

Angiodystrophia ovarii. Von Privatdocent Dr. med. **Gustav Bulius,** erstem Assistenten an der Grossh. Universitäts-Frauenklinik in Freiburg i. Breisgau und Dr. med. **Carl Kretschmar,** z. Z. Assistent an der Königl. Universitäts-Frauenklinik in Kiel. Stuttgart 1897. Ferd. Enke.

Verfasser haben sich bemüht, aus der grossen Gruppe der mit dem allgemeinen Namen chronische Oophoritis zusammengefassten Veränderungen des Ovarium eine Art herauszuheben, die sie klinisch wie anatomisch als besondere Erkrankungsform aufstellen konnten. Sie richteten ihr Augenmerk auf diejenigen Fälle, welche sich durch nur geringe Grössenzunahme, durch eine merkwürdige unebene Oberfläche und durch fehlende stärkere Adhäsionsbildungen in der Umgebung kennzeichnen. Sieben Fälle derartiger Veränderungen führen sie in ausführlichen Krankengeschichten und genauer histologischer Beschreibung im zweiten Teile ihrer Arbeit auf. Daran schliessen sich im dritten Teile die pathologisch-anatomischen Untersuchungen, welche an der Hand vorzüglicher Bilder mikroskopischer Präparate erläutert werden. Danach ist für die Erkrankung charakteristisch ein Degenerationsprocess der arteriellen Gefässe und des gesammten Follikelapparates. Man findet eine starke Schlängelung und Vergrösserung der alten und Bildung von neuen Arterien. An dieses gewissermassen erste Stadium der Erkrankung schliesst sich eine Wucherung und Entartung der Gefässwände, besonders der Intima und Media, die zu vollkommener hyaliner Degeneration und vollständiger Obliteration der Gefässe führt. Die Venen sind an der ganzen Veränderung nicht beteiligt.

Auch der Follikelapparat degeneriert fast vollständig. Die Primärfollikel gehen hyalin zu Grunde, die reifen Follikel verfallen einer kleincystischen Entartung, sodass nur wenig normale Follikel überhaupt angetroffen werden.

Wohlgemerkt handelt es sich nicht um senile Ovarien, auch waren keine starken entzündlichen Processe in der Umgebung festzustellen.

Gelegentlich ihrer Untersuchungen konnten Verf. bezüglich der Rückbildung ungeplatzt zu Grunde gehender Follikel mit Sicherheit nachweisen, dass das neue Bindegewebe, welches die Follikelhöhle erfüllt, entgegengesetzt anderen Forschern, aus der Theca externa entsteht, während der hyaline Streifen ein Degenerationsproduct der Theca interna darstellt.

Der vierte Teil der Arbeit behandelt die klinischen Symptome. Es bestehen stets sehr starke Menstruationen — man findet fast stets die glanduläre Form der Endometritis, die aber aller localen Therapie trotzt — Leib- und Kreuzschmerzen, welche an Stärke und Dauer allmählich immer mehr zunehmen, endlich nervöse Erscheinungen der verschiedensten Art bis zur Gemüthsdepression. In den übrigen Teilen des Genitalapparates bestehen keine oder nur unwesentliche Veränderungen.

Die Prognose des Leidens wird als „nicht sehr günstig" bezeichnet.

Die Therapie kann nach dem oben Gesagten nur in der Entfernung der Ovarien bestehen.

Die Blutungen hörten danach in fünf von den sieben Fällen auf, das einemal erst nach Behandlung mit Jodinjectionen. Die nervösen Beschwerden verschwanden in vier Fällen.

Es wäre sehr wünschenswerth, wenn aus der allgemeinen grossen Zahl der sogenannten chronischen Oophoritis eine bestimmte Klasse herausgehoben werden könnte, welche sich klinisch und anatomisch genau abgrenzen lässt und auf Grund der Erfolge eine stricte Indication zur Entfernung der Ovarien böte, sind doch die Ansichten bezüglich der Therapie gerade bei derartigen Befunden an den Ovarien sehr weit auseinandergehende. Möchten deshalb die Angaben der Verfasser an einer grösseren Zahl von Fällen weitere Bestätigung finden.

Paul Rosenthal - Leipzig.

Tagesnachrichten und Personalien.

W. Th. Lusk †.

William Thompson Lusk, geboren am 23. Mai 1838 in Norwich, Staat Connecticut, seit vielen Jahren Professor der Geburtshülfe, Frauen- und Kinderkrankheiten an der Medicinschule des Bellevue-Hospitals in New-York, ist gestorben.

Lusk erwarb seine wissenschaftliche Ausbildung ausser in seinem Vaterlande besonders in Deutschland. Er studierte 1858—1861 in Heidelberg und Berlin, besuchte später auch Wien und Prag sowie Paris und Edinburgh. Nur wenige Jahre widmete er sich der ärztlichen Praxis, wurde dann (1868) Professor der Physiologie erst am Long Island College Hospital, dann am Harvard Medical College (1871), worauf er mit seinem Uebertritt zum Bellevue-Hospital sich dauernd der Gynäkologie und Pädiatrie zuwandte. Auf Lusk's überaus fruchtbare litterarische Thätigkeit hier einzugehen, müssen wir uns, um der Lückenhaftigkeit eines solches Beginnens auszuweichen, versagen. Gemäss der umfassenden wissenschaftlichen Bildung Lusk's sind die verschiedensten medicinischen Disciplinen darin vertreten. Der Schwerpunkt von Lusk's wissenschaftlicher und praktischer Thätigkeit lag schliesslich auf geburtshülflichem Gebiete, mit besonderem Interesse für die geburtshülflichen Operationen, die er durch zahlreiche Arbeiten (über Kraniotomie, Kaiserschnitt, Symphysiotomie etc.) förderte. Auch auf dem Grenzgebiete der ectopischen Schwangerschaft hatte Lusk als Theoretiker und Operateur Vieles geleistet, während er als gynäkologischer Operateur weniger hervortrat. Sein Hauptwerk war denn auch sein in 5. Auflage erschienenes, ausgezeichnetes Lehrbuch der Geburtshülfe, wohl dass z. Zt. verbreitetste

in den Vereinigten Staaten. Die Verhandlungen der Amer. Gynäcol. Society, der New-Yorker geburtshülflichen Gesellschaft weisen zahlreiche von ihm gehaltene Vorträge auf. Er besuchte gern und häufig Europa und vertrat noch auf dem letzten Internat. Gynäkologen-Congress in Genf persönlich sein Referat über das enge Becken in Nordamerika.

Lusk war consultirender Arzt noch an mehreren anderen Hospitälern, Ehrenmitglied der Londoner und Edinburgher, correspondirendes Mitglied der Pariser und Leipziger geburtshülflichen Gesellschaft, sowie der Pariser Académie de Médecine.

In ihm verliert sein Vaterland einen seiner wissenschaftlichsten und gediegensten Vertreter unseres Faches.

Prof. Döderlein (Groningen) hat, nachdem Prof. Bumm (Basel) und Löhlein (Giessen) abgelehnt hatten, den Ruf nach Tübingen erhalten und angenommen.

Der hochgeachtete Kliniker von Königsberg, Geheimrath Prof. Dohrn, ist zu allgemeinem Bedauern durch anhaltende Krankheit an der weiteren Ausübung seiner klinischen Thätigkeit behindert. Auf seinen und den Vorschlag der Facultät ist zunächst Prof. Löhlein (Giessen) berufen worden; wie wir hören, hat derselbe abgelehnt. Secundo loco sind Prof. von Rosthorn (Prag) und tertio loco Prof. Bumm (Basel) vorgeschlagen.

Dr. Adolph Reismann, bisher I. Assistent der II. geburtshülflichen Klinik in Budapest, ist zum Professor und zum Leiter der Landes-Hebeammen-Lehranstalt in Steinamanger ernannt worden.

Dr. Campione hat sich als Privatdocent für Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Neapel habilitirt.

In den politischen Zeitungen findet sich die Nachricht, dass unser verehrter College Prof. Kessler in Dorpat „entlassen“ sei. Diese Darstellung ist insofern nicht zutreffend, als Kessler nach Abdienung der üblichen 25 Jahre mit Pension einfach „aus dem Dienst ausscheidet“, weil sein weiteres Verbleiben in dem Amte ohne Uebergang zum Russischen als Unterrichtssprache unmöglich ist. Er bleibt in Dorpat und wird sich hier seiner praktischen und litterarischen Thätigkeit weiter widmen.

Prof. Dr. Löhlein in Giessen ist zum Geh. Medicinalrat ernannt worden.

Als Nachfolger Stadfeldt's ist Docent Dr. Leopold Meyer zum Leiter der geburtshilflichen Klinik und Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Kopenhagen ernannt worden.

Gestorben im Alter von 43 Jahren James Greig Smith, Chirurg des Krankenhauses in Bristol. Sein Hauptwerk über Chirurgie des Unterleibes ist auch in Deutschland bekannt und geschätzt.

Litteratur-Verzeichniss.

I. Geburtshilfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Biedert, Ph., Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. III. ganz neu bearb. Aufl. Stuttgart, F. Enke, 97.

Hauenstein, John, A résumé of fifty years obstetric practice. Buff. Med. Journ. XXXVI. Vol. No. 11. June 97.

Transactions of the American association of obstetricians and gynecologists. Vol. IX. 1896. Wm. J. Dornau. Philadelphia. 97.

2. Allgemeines.

Ahlfeld, F., Was hat die Hebamme in der ersten halben Stunde nach der Geburt des Kindes zu thun? Zeitschr. für prakt. Aerzte. No. 12. Juni 97.

Bossi, Le nostre istituzioni Ostetrico-Ginecologiche. Arch. di Ost. e Gin. Giugno 97. No. 6.

Burgio, F., Sulle alterazioni istologiche dell' utero nella involuzione puerperale. Arch. di Ost. e. Gin. Giugno. 97. No. 6.

Constans, Contribution à l'étude des principaux moyens destinés à évaluer le volume du fœtus dans la cavité utérine. Thèse de Paris. 97.

Granval, M., Des antéversions et des latéroversions utérines envisagées au point de vue obstétrical. Thèse de Paris. 97.

Holzapfel, K., Zur Frage der Temperaturmessungen im Wochenbett. Centralbl. für Gyn. No. 27. Juli 97.

Kashaum, K., Myelitis in der Schwangerschaft. Diss. Heidelberg 97.

Mitschell, G. H., Walcher's position in labour. Brit. Med. Journ. No. 1905. July 97.

Olshausen, R., Carcinom des Uterus und Schwangerschaft. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. XXXVII. Band, I. Heft. 97.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Baldy, S. M., Antistreptococcic serum in a case of acute puerperal lymphangitis and phlebitis. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.

Cholmogoroff, S., Geburtsverlauf und weitere Beobachtungen nach einer Ventrofixatio uteri. Centralbl. für Gyn. No. 24. Juli 97.

Davis, P. Edward, A marked result in the treatment of puerperal sepsis obtained by the use of serum; also, two failures of the same method of treatment. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.

Frascani, Rottura completa dell-' utero. Ann. die Ost. e Gin. Maggio 97. Num. 5.

Gébiat, Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta sans hémorragie. Thèse de Bordeaux. 97.

Gessner, Adolf, Beiträge zur Physiologie der Nachgeburtsperiode. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. XXXVII. Band. I. Heft. 97.

Hirst, Barton Cooke, Cases of puerperal sepsis in which the antistreptococcic serum was employed. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Wormen and Children. May. 97.

Jakesch, W. Partus bei Uterus bicornis duplex subseptus bicollis cum vagina duplice. Centralbl. für Gyn. No. 24. 97.

Keilmann, A., Eine Cervixplacenta. Centralbl. für Gyn. No. 27. Juli 97.

Lefebvre, Considérations sur quelques cas de rétention d'urine liée aux deviations de l'utérus gravide. Thèse de Paris. 97.

Legal, J., Ueber Uterusruptur während der Geburt und während der Schwangerschaft. Diss. Würzburg. 97.

Norris, Richard C., A case of puerperal sepsis successfully treated with antistreptococcic serum. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.

Oliver, James, Four cases of intrauterine death: spontaneous expulsion of the ovum long after its death. Brit. Med. Journ. No. 1902. June 97.

Pike, S. B., A note on two unusual complications of midwifery. The Lancet. No. 3853. July 97.

Smith, Hickson, E., Inversion and avulsion of the uterus: recovery. Brit. Med. Journ. No. 1902. June 97.

Shober, John, B., Puerperal fever treated with antistreptococcic serum. A series of twenty-one cases collected from the Lancet and from the British Medical Journal for 96. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.

Tridondani, La diagnosi di sede dell' inserzione placentare. Ann. di Ost. e Gin. Giugno. 97. Num. 6.

Voigt, Karl, Zwillings-Fleischmolen-Schwangerschaft. Prag. Med. Wochenschr. No. 23. Juni 97.

Whittingdale, J. F. L., Antistreptococcic serum in the treatment of puerperal fever. Brit. Med. Journ. No. 1905. July 97.

Wichmann, P., Fieber in der Geburt und im Wochenbett. Diss. Berlin 97.

4. Enges Becken.

Commandeur, Étude sur le détroit supérieur du bassin normal dans la région lyonnaise. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 97.

Wedekind, W., Ein neuer klinisch und anatomisch beobachteter Fall von Spondylolisthesis. Diss. Halle 97.

5. Geburtshilfliche Operationen, Abortus. Operationen im Wochenbett.

Christie, O., To tilfælde af sectio cæsarea. Tumor pelvis. Hydramnion acutum. Med. Revue (Bergen). Juni 97.

Crimail, E., Symphyséotomie. Rétrécissement de 8 centimètres. Opération faite dans de très mauvaises conditions. Guérison. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 97.

Fieux, M. G., Quelques cas de rigidité „dite" spasmodique du col traités par la rupture des membranes. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 97.

Murillo, Adolphe, Observation de la 1re symphyséotomie. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 97.

Schulz, A., 71 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Diss. Halle 97.

Shoemaker, George Erety, Septicemia from self-induced abortion. Serum injection, autopsy. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Helme, T. Arthur, Four cases of ruptured tubal pregnancy. Brit. Med. Journ. No. 1902. June 97.

Pagng, M., Des grossesses développées dans les trompes saines. Thèse de Paris 97.

Rieppi, Sopra due casi di gravidanza extrauterina. Ann. di Ost. e Gin. Maggio 97. Num. 5.

Scanzoni, Carl von, Bohnengrosses Lithopädion nach Tubargravidität. Prag. Med. Wochenschr. Juni 97. No. 22.

Tytler, Peter, Ruptured interstitial tubal pregnancy treated by suture of the fissure. Brit. Med. Journ. No. 1902. June 97.

7. Eklampsie.

d'Andon, Fantan, Étude sur l'emploi en Amérique du Veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puérperale. Thèse de Paris 97.

Kettlitz, M., Ueber Kaiserschnitt wegen Eklampsie. Diss. Halle 97.

Schmidt, M., Eklampsie bei Mutter und Kind. Centralbl. f. Gyn. No. 97. Juni 97.

9. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

A case of congenital shortness of metacarpal and metatarsal bones. (Under the care of Mr. E. W. Roughton.) Illustrated. The Lancet. No. 3853. July 97.

Heubner, Otto, Ueber die Ernährung der Säuglinge in den Säuglingsspitälern. Zeitschr. f. Krankenpflege. No. 6. Juni 97.

Menke W., Ueber Hermaphroditismus. Berl. Klin. Wochenschr. No. 26. 97.

Mellor, Sanderson, An anencephalous monster. The Lancet. No. 3852. June 97.

Mouren, Mlle., Le sérum artificiel employé comme traitement de la débilité congénitale. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 97.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Currier, Andrew F., The Menopause. A consideration of the phenomena which occur to women at the close of the childbearing period, with incidental allusions to their relationship to menstruation. Also a particular consideration of the premature (especially the artificial) menopause. D. Appleton and Company. New-York. 97.

Kocher, Th., Chirurgische Operationslehre. III. Auflage. Jena 1897. G. Fischer.

Mittheilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Bd. I Heft 1. Berlin, S. Karger.

v. Wild, C., Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Frauenheilk. u. Geburtsh. Heft 3, Bd. 11. 97.

11. Allgemeines.

Baumm, Grenzen der vaginalen Operation. Münch. Med. Wochenschr., No. 25. 97.

Braithwaite, James, On the connexion (if any) between mental and non-puerperal uterine diseases. The Lancet No. 3853. July 97

Dauchez, H., Des irrégularités menstruelles et en particulier des ménorrhagies au début de la puberté. (Causes. — Fréquence. — Traitement.) La Sem. Gyn. Juin 97, No. 25.

Elsner, S. L., Essential points in the after-treatment of surgical cases. Buff. Med. Journ. XXXVI. Vol., No. 11. June 97.

Fischer, A, Zur Prognose der Pyämie. Diss. Berlin 97.

Guilmard, Des troubles de la menstruation dans les maladies du coeur. Thèse de Paris. 97.

Hawkins-Ambler, George A., übersetzt von *Paul Jacobsohn*, Die vornehme Kunst, Kranke zu pflegen. Berlin 97. H. Kornfeld.

Kisch, Herzbeschwerden der Frauen, verursacht durch den Cohabitationsact. Münch. Med. Wochenschr. No. 23, Juni 97.

Lockhart, F. A. L. (Auszüglich verdeutscht von Prof. Dr. Kleinwächter), Die Behandlung der Dysmenorrhoe. Der Frauenarzt. Heft 5, Mai 97.

Nagel, W., Zu dem Aufsatz: „Kritische Bemerkungen zur Entwicklungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane beim Menschen“ in No. 20 d. Bl. Centralbl. für Gyn., No. 24, 97.

Progress in Obstetrics and Gynaecology. Progress in Gynaecological Surgery. Brit. Med. Journ., No 1903 June 19. 97.

Raw, Nathan, Four successful cases of transfusion of saline fluid. The Lancet No. 3850. June 97.

Tait, Lawson, Was Robert Houston, of Glasgow, the first ovariotomist? Buff. Med. Journ. XXXVI. Vol. No. 11. June 97.

Wendeler, P., Letzte Antwort an Herrn Prof. W. Nagel. Centralbl. für Gyn. No. 27. Juli 97.

Winckler, Axel, Was ist von künstlichen kohlensauren Bädern zu halten? Der Frauenarzt. Heft 5. Mai 97.

12. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Herlitzka, Livio, Beitrag zum Studium der Innervation des Uterus. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. XXXVII. Band. 1. Heft. 97.

Ill, Edward J., A contribution to the surgery of the female perineum. The International Journ. of Surgery. Feb. 97.

von Kahlden, C., Ueber das primäre Sarcom der Tuben. (Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. Bd. XIX, 2. 97.

Keiffer, Recherches sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil circulatoire de l'utérus des mammifères (résumé). Bull. de la Société Belge de Gyn. et d'Obst. No. 4. 97.

Klein, Wandlungsfähigkeit des Uterus-Epithels. Münch. Med. Wochenschr. No. 23. Juni 97.

Labusquiere, R.. De la régénération de la muqueuse de l'utérus. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 97.
Mérand, Des sarcomes rétropéritonéaux. Thèse de Paris. 97.
Pichevin, R., Des fausses utérines. La Sem. Gyn. No. 26. Juin 97.
Waldow, C., Ueber einen Fall von Syncytiom und Metastenbildung bei Syncytiom. Diss. Berlin. 97.

13. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Dolore, Xavier, Hématocolpos et hématometrie consécutifs à un accouchement normal et remontant à deux ans. Ann. de Gyn. et de Obst. Juin 97.
Ferraresi, I setti trasversali della vagina. Ann. di Ost. e Gin. Giugno 97. Num. 6.
Resinelli, Di un tumore cistico della clitoride. Ann. di Ost. e. Gin. Maggio 97. Num. 5.
Warman, N., Zur Aetiologie und forensischen Beurtheilung der Scheidenrupturen sub coitu. Centralbl. für Gyn. No. 24. 97.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Alterthum, E., Vaginale Exstirpation eines carcinomatösen Uterus aus dem 6. Schwangerschaftsmonat. Centralbl. für Gyn. No. 27. Juli 97.
Cicchanowski, St., Ein Fall von Achsendrehung des Uterus. Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 27. 97.
Cittadini, Association de l'opération d'Alexandre aux interventions vaginales conservatives sur les annexes, dans les rétro-déviations fixes compliquées d'annexite. Bull. de la Société Belge de Gyn. et d'Obst. No. 4. 97.
James Mc Cone, Development of a scirrhous carcinoma in the scar three years after ventrofixation. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.
Kaufmann, Eduard, Beitrag zur Tuberculose der Cervix uteri. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. XXXVII. Band. 1. Heft. 97.
Labusquière, R., Du chlorure de zinc en thérapeutique intra-utérine. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 97.
Lauwers, E, Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie abdominale à pédicule rentré. La Sem. Gyn. No. 22. Juin 97.
Mauclaire, P., Considérations sur les moulages de 80 cavités utérines normales ou pathologiques. La Sem. Gyn. No. 24 und 25. Juin 97.
Moulonguet, A., Hystérectomie totale par voies combinées. Hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale. Arch. Provinciales de Chir. No. 6. Juin 97.
Noirot, N., Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure. Thèse de Paris 97.
Ozenne, Corps fibreux de l'utérus. Urémie comateuse foudroyante chez une femme de 50 ans. La Sem. Gyn. No. 24. Juin 97.
Pichevin, R, De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. La Sem. Gyn. No. 23. Juin 97.
Poschmann, M., Sarcoma uteri nach Beobachtungen der Hallenser Frauenklinik. Diss. Halle 97.
Winter, G. und *Schmitt, W.*, Ueber die Behandlung des Uteruskrebses mit Chelidonium majus. Centralbl. für Gyn. No. 27. Juli 1897.

15. Ovarien. Tuben. Ligamente.

Bettmann, Henry, W., A contribution to the pathology of the Fallopian tubes. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May. 97.
Jacobs, Opothérapie ovarienne. La Sem. Gyn. No. 25. Juin 97.
Marchesi, Contribut allo studio della rotaziona assiale dei tumori ovarici. Ann. di Ost. e Gin. Maggio 97. Num. 5.
De Vos, Abcès de l'ovaire. Bull. de la Société Belge de Gyn. et d'Obst. No. 4. 97.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Clark, J. G., A critical review of seventeen hundred cases of abdominal section from the standpoint of intraperitoneal drainage. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.

Cullingworth, Chas. J., An address on pelvic haematocele considered from the modern standpoint. Delivered before the Nottingham Medico-Chirurgical Society on march 26th, 98. The Lancet No. 3851. Jan. 97.

Horwich, David, Rupture of genital canal, prolapse of intestines, exhaustion, death. Brit. Med. Journ. No. 1905. July 97.

17. Harnorgane. Fisteln.

Alexander, Wm., Another method of ameliorating by operation otherwise incurable incontinence of urine. The Lancet No. 3853. July 97.

Delagénière, P., Chirurgie de l'Uretère. Arch. Provinciales de Chir. No. 6. Juin 97.

Fehr, E., Inwiefern disponieren Formveränderungen der Harnwege zur Concrementbildung. Diss. Würzburg. 96.

Harrison, Reginald, On some suppurations of the urinary apparatus. The Lancet No. 3852 June 97.

Stanmore, E., Vesico-vaginal fistula; with a description of a new method of operation. The Lancet No. 3851. June 97.

18. Gonorrhoe.

Fuchs, Alexander, Gonorrhoe und Wochenbett. Strassburg i. E. C. & J. Galler. 97.

Morris, Robert J. Preliminary note on a method for the cure of gonorrheal salpingitis. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. May 97.

Pflüger, Zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte No. 12. Juni 97.

19. Mamma.

Hogg, F. S. D., Functional activity of mammary gland in an infant. The Lancet No. 3850. June 97.

20. Technisches. Akiurgie.

Klien, Sterilisationsapparat für Verbandmaterialien. Behälter zum Mitführen von sterilem Catgut und Fil de Florence im geburtshilflichen Besteck. (Illust.) Münch. med. Wochenschr. No. 24. Juni 97.

21. Darm.

Benissowitch, Zur Frage über das Dickdarmcarcinom. Deutsche med. Wochenschr. No. 25. Juni 97.

Dunlop, James, A case of stricture of the rectum. The Lancet No. 3852. June 97.

Heinricius, G., Ueber die Cysten und Pseudocysten des Pankreas und über ihre chirurgische Behandlung. Arch. f. klin. Chirurgie. 54. Bd., Heft 2. 97.

Hoepfl, Ileus, verursacht durch chronische Peritonitis Heilung durch Operation. Münch. med. Wochenschrift No. 25.

Lundie, R. A., A simple apparatus for gaseous distension of the colon: with notes of three cases of intussusception treated by it. The Lancet No. 3851. June 97.

Nightingale Boyd, Florence, Case of intestinal obstruction complicated with malposition, apparently congenital of the colon. The Lancet. No. 3853. July 97.

Schiller, Herman, Zur Casuistik der Darmfisteln nebst einigen Bemerkungen zur vaginalen Radicaloperation und Klemmenbehandlung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. XXXVII. Band, 1. Heft. 97.

22. Narkose. Antiseptica.

Clemesha, J. C., Eucaine „B"— A further note on new local anesthetics. Buff. Med. Journ. XXXVI. Vol. No. 11. June 97.

Custer, J., Infiltrationsanästhesie. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte No. 13. Juli 97.

Gardner, H. Bellamy, The continuous administration of nitrons oxide gas and oxygen during minor surgical operations. The Lancet No. 3850. June 97.

Keiffer, Du mode d'action de la formaline en histologie et en chirurgie. Bull. de la Société Belge de Gyn. et d'Obst. No. 4. 97.

Krönig, B., und *Paul, Th.*, Die chemischen Grundlagen der Lehre von der Giftwirkung und Desinfection. Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankh. XXV. Band. Veit & Co. Leipzig 97.

Maylard, A. Ernest, The production of asepsis in acutely septic wounds by the free application of pure carbolic acid. Brit. Med. Journ. No. 1902. June 97.

Mikulicz, Ueber Versuche, die „aseptische" Wundbehandlung zu einer wirklich keimfreien Methode zu vervollkommnen. Deutsche med. Wochenschrift No. 26. 97.

O'Neill, Charles, The safe administration of anæsthetics: with special reference to chloroform and methylene. (A report of sixhundred cases.) Brit. Med. Journ. No. 1902. June 97.

Russell, James W., Notes on two cases of toxic amblyopia from jodoform. The Lancet No. 3850. June 97.

23. Bakteriologie.

Dollinyer, Bactériologie des organes génitaux de la femme. La Sem. Gyn. No. 22. Juin 97.

Doyen, E., und *Roussel, G.*, avec collaboration de MM. E. Chazaren, Bactériologiste, et F. Rothier, Photographe à Reims, Atlas de Microbiologie. Avec 541 figures tirées en phototypie dans le texte. Paris 97, Rueff et Cie.

Fischl, Ueber den Einfluss der Abkühlung auf die Disposition zur Infection. Prager Zeitschr. f. Heilkunde. XVIII. Bd. IV. Heft. 97.

Gebhard, C., Ueber das Bacterium coli commune und seine Bedeutung in der Geburtshülfe. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. XXXVII. Band, Heft 1. 97.

Goenner, A., Sind Fäulniskeime im normalen Scheidensekret Schwangerer? Centralbl. für Gyn. No. 24. Juli 97.

Verhandlungen der „American Association of Obstetricians and Gynecologists" für das Jahr 1896.

Inhalt:

Price, Joseph, President's address. Principles and progress in gynecology. p. 49.

Duff, John Milton, Pelvic diseases and their principal causes. What should the laity be taught concerning them? p. 64.

Blackburn Dorsett, Walter, Deceptive similarity of signs and symptoms of intra-abdominal disease. p. 70.

Hall, Rufus B., The most potent causes of pelvic inflammation. p. 77.

Chase, Walter B., Mixed tumors of the ovary. With report of case. p. 99.

Goldspohn, Albert, Tubo-ovarian cysts with interesting cases. p. 103.

Cordier, A. H., Movable kidney. Local and remote results. p. 120.

Taylor, Hugh M., Limits of nephrorrhaphy. p. 129.

Davis, W. E. B, Treatment of peri-uterine septic diseases. p. 152.

Dunning, L. H., Shall hysterectomy be performed in inflammatory diseases of the pelvic organs? p. 157.

Fish, E. F., Shall we leave the uterus in situ in excision of the adnexa? p. 169.

McArdle, Thomas E., Abdominal section for tubercular disease. p. 193.

Long, J. W., Dynamic ileus. p. 214.

Hypes, B. M., Spontaneous rupture of uterus during labor at term. p. 234.
Ricketts, Edwin, Porro's operation, at or near the fifth month, for small fibroid of the cervix, accompagnied by hydramnios and total retention of urine. p. 252.
Longyear, H. W., The treatment of puerperal infection. p. 264.
Myers, William H., Atresia, with retention of the menses. Treatment. p. 298.
Rohé, George H., Some causes of insanity in women. p. 304.
Manton, W. P., The relation of visceral disorders to the delusions of the insane. p. 310.
Gilliam, David Todd, Oophorectomy for the insanity and epilepsy of the female: a plea for its more general adoption. p. 315.
Reed, Charles A. L., Melano-sarcoma of the female urethra: urethrectomy, recovery. p. 322.
Baldwin, James Fairchild, Treatment of the stump to prevent adhesions. p. 325.
Murphy, J. B., Resection of arteries and veins injured in continuity. End-to-end suture. Experimental and clinical research. 333.
Macdonald, Willis B., Contusions of the abdomen. A raport of cases with conclusions. p. 383.
Ross, James F. W., Unnecessary and unnatural fixation of the uterus, and its results. p. 403.
Rosenwasser, M., Report of three cases of uterine fibroids complicated by pregnancy. p. 414.
Eklund, Abraham Fredrik, Albuminuria in pregnant and puerperal women. p. 420.
Clarke, A. P., The relation of malignant disease of the adnexa to the primary invasion of the uterus. p. 428.
Boise, Eugene, The differential diagnosis of shock, hemorrhage, and sepsis. p. 433.
Branham, Joseph H., Report of two cases of excision of the rectum for epithelioma; one case involving perineum and vagina. p. 439.
Noble, George Henry, Hypertrophic elongation of the cervix uteri, with complete eversion of vagina from fibroid tumor of the cervix. Restoration by supravaginal amputation of the cervix and inversion of the vagina. p. 443.
In memoriam: *Traill Green:* Hiram Corson. p. 447.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig.

Originalarbeiten.

I.

Ueber Symphysiotomie.

Referat für die gynäkologische Section des XII. internationalen medicinischen Congresses.

Erstattet von

P. ZWEIFEL

in Leipzig.

Wenn die Leitung des XII. internationalen medicinischen Congresses den Sprecher zu einem Referate über das Thema „Die Symphysiotomie“ aufforderte, so kann sie dabei nur die Absicht verfolgt haben, die weiteren Erfahrungen über diese Operation zur Aussprache zu bringen, da jeder der Referenten schon früher Gelegenheit hatte, über die Grundsätze dieser Operation, ihre Berechtigung, ihre Begrenzung und ihre Technik sich zu äussern.

Die seit dem XI. internationalen medicinischen Congress in Rom von mir ausgeführten Operationen haben die damals ausgesprochenen Ansichten durchweg bestätigt und ist die Symphysiotomie in den verflossenen $3^1/_2$ Jahren in allen Fällen, in denen sie nach den damals geäusserten Gesichtspunkten gerechtfertigt erschien, angewendet worden. Im Ganzen ist bis jetzt die Symphysiotomie in der Leipziger Universitäts-Frauenklinik 31 mal ausgeführt worden, wobei alle Mütter genasen, ohne irgend einen Defekt, irgend eine Schädigung ihrer Leistungsfähigkeit wieder hergestellt und 29 ausgetragene Kinder lebend geboren und lebend aus der Anstalt entlassen wurden.

Es ist durchaus nicht Prahlerei, die mich diese Zahlen an die Spitze der Mittheilung setzen lässt, sondern die Absicht, mich zu rechtfertigen gegen Vorwürfe, die mir vor vier Jahren auf dem deutschen Gynäkologencongress in Breslau über meine Stellungnahme zur Symphysiotomie gemacht worden sind. Es wurde mir vorgeworfen, dass mein Referat zu günstig gelautet

habe und in der That stach dasselbe sehr ab von den pessimistischen Aeusserungen der meisten deutschen Gynäkologen. Die Möglichkeit aber, 31 solcher Operationen ohne einen Todesfall und mit vollommener Heilung auszuführen, beweist sicher, dass der Pessimismus der Gegner zu weit ging, und dass diejenigen Fachgenossen, welche in dieser Frist die Symphysiotomie wieder aufgegeben haben, doch wohl in ihrem Pessimismus vorschnell handelten.

Die ersten Einwendungen bezogen sich auf Störungen im Gehen, die mangels einer festen knorpeligen Narbe nach der Symphysiotomie geblieben seien. Sowohl die Experimente, als die praktischen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Symphyse recht gut durch eine Knorpelnarbe verheilen, dass jedoch auch in den Fällen von bindegewebiger Narbe die Festigkeit des Beckens wieder allen Anforderungen des Lebens genügen kann. Wenn die Geheilten im Laufe des ersten Jahres nach einem Schamfugenschnitt sich wieder beim Tanze bethätigen können, was bei mehreren unserer Geheilten geschah, so kann die Restitutio ad integrum nicht besser beleuchtet werden. Alle haben ihren normalen Gang und die volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt.

Wenn von anderen Aerzten berichtet wurde, dass ihre Symphysiotomirten Wochen, ja Monate lang gar nicht oder nur mit grossen Beschwerden gehen konnten, so ist bei jedem solchen Falle der Einwand berechtigt, dass die Symphysiotomie bei zu engem Becken gewagt und dabei eines der hinteren Beckengelenke, eine der beiden Articulationes sacro-iliacae zersprengt wurde.

Auf dem XI. internationalen medicinischen Congress in Rom stimmten die Angaben aller Operateure in überraschender Weise darin überein, dass man die Symphysiotomie bei einer Conjugata vera von weniger als 6,75—6,5 cm nicht mehr machen dürfe und auch bei solcher Verengerung nur unter der Voraussetzung, dass das Kind die Mittelmaasse nicht überschreite.

Es hat Neugebauer in seiner Monographie alle schlimmen Erfahrungen analysirt und die Gehstörung in dem Falle Baumm, welche so sehr gegen die Symphysiotomie sprach, als Folge der Sprengung eines hinteren Beckengewebes erklärt. Diesem Urtheile schliesse ich mich an. Nicht ein einziger Fall ist seitdem bekannt geworden, wo bei Einhaltung der angeführten Beschränkung — Conjungata vera nicht unter 6,5 cm — eine längere Gehstörung zurückblieb.

Auch der Vorwurf, dass ich die obere Grenze — in zwei Fällen Conjugata vera von 8,5 cm — zu weit ausgedehnt habe, ist mir auf dem Congress in Breslau gemacht worden, den ich unmittelbar durch den Hinweis entkräftete, dass jene zwei Frauen allgemein verengte platte Becken hatten, und dass bei beiden eine lange erfolglose Geburtsdauer genügend bewiess, dass bei längerem Gehenlassen kein lebendes Kind zu erwarten war und

um dasselbe am Leben zu erhalteu nur die Wahl zwischen Symphisiotomie und Sectio caesarea übrig blieb. Ich erkläre unumwunden, in gleicher Lage zu gleichem Handeln entschlossen zu sein. Alle anderen Frauen, bei denen von mir die Symphysiotomie ausgeführt wurde, hatten Becken mit einer Conjugata vera zwischen 8—6,5 cm.

Man hat gegen die Symphysiotomie eingewendet, dass sie eine längere Zeit beanspruche bis zur vollkommenen Wiederherstellung und Arbeitsfähigkeit. Es kann hierbei ein Vergleich nur stattfinden gegenüber der Heilungsdauer bei dem Kaiserschnitt, nicht aber gegenüber der Perforation oder der künstlichen Frühgeburt. Auch die durch Infection complicirten Fälle dürfen nicht herangezogen, sondern nur die glatten können gegeneinander verglichen werden, und da ist die Heilungsdauer bei beiden Operationen kaum verschieden. Es ist auf die primäre aseptische Heilung der Kaiserschnittwunde 3—4 Wochen zu rechnen. Von unseren Symphysiotomirten standen einige schon am 17. Tage auf, die meisten waren nach vier Wochen ausser Bett. Die durchschnittliche Verpflegungsdauer in der Klinik war durch einzelne complicirte Fälle von Symphysiotomie bei dieser letzteren Operation grösser. Die volle Arbeitsfähigkeit besitzen weder die einen noch die anderen Frauen nach vier Wochen, und das ist für keine von beiden Operationen zu verlangen, gewähren doch selbst für normale Entbindungen die Krankenkassen den Wöchnerinnen sechs Wochen Unterstützung.

Die Gefahr der Blutung ist bei der Symphysiotomie — richtige Ausführung vorausgesetzt — so gering wie beim Kaiserschnitt. Es ist jedoch zu betonen, dass man bei der Symphysiotomie zur Stillung der starken Blutung, welche bisweilen unmittelbar bei dem Durchgang des Kindes eintritt, keine anderen schwierigeren Verfahren anwenden soll, als das baldige Zusammenpressen der Hüftbeine und eine Tamponade mittels Jodoform oder steriler Gaze vor und hinter der Symphyse unter Gegendruck von der Scheide aus. Dies genügt zur Blutstillung aus allen Gefässen der Corpora cavernosa clitoritis und des prävesicalen Venennetzes. Mag die Blutung durch den augenblicklichen Schwall verblüffen, so sind wir noch in allen Fällen überrascht worden von dem schnellen nnd sicheren Erfolg der Ausstopfung nach dem Zusammendrängen der beiden Symphysenenden.

Einen besonders schlimmen Eindruck machen die Durchreissungen der Scheide, wobei eine durchgehende Wunde entsteht, an deren einem Rande die abgerissene Harnröhre gleichsam in der Luft schwebt. Ich wiederhole, was ich darüber schon auf dem deutschen Gynäkologen-Congresse in Breslau aussprach, dass wir das erste Mal bei diesem Ereignisse ganz entsetzt waren, jedoch die überraschende Erfahrung machten, dass gerade diese Patientin den denkbar besten, fieberfreien Verlauf durchmachte.

Zur Verhütung von Durchreissungen bis in die Scheide habe ich 1893 in Breslau empfohlen, die Austreibung des Kindes, wenn irgend möglich, der Natur zu überlassen. Den Schnitt durch die Haut legten wir schon früher bei den Symphysenoperationen quer über die Mitte der Schamfuge, nicht längs in der Sagittalebene an. Von mehreren Seiten ist das abwartende Verfahren als grausam bezeichnet worden, weil die Kreissenden aus der Narkose erwachend noch nicht entbunden seien. Da keine der Kreissenden über Schmerzen in der Schamfuge klagte, sondern ausschliesslich über die Wehen und darüber keineswegs mehr als andere Kreissende oder dieselben Personen vor der Symphysiotomie, so ist der Einwand durch diese Thatsachen entkräftet. Nur für die Aerzte ist es unbequemer, wenn sie nicht alles auf einmal vollenden können. Wir haben unter den seit Pfingsten 1893 ausgeführten Symphysiotomien nur noch einmal eine solche Durchreissung erlebt, aber auch hierbei eine glatte Genesung folgen sehen.

Alle diese Einwände sind nicht stichhaltig gegen die Symphysiotomie. Die grosse Mehrheit der Todesfälle und der beklagenswerthen Verlaufsarten, welche die Aerzte entmuthigt und der Symphysiotomie abgewendet haben, sind durch pyogene und septische Infection der Symphysiotomiewunde verschuldet worden und die Behandlung der hierbei vorkommenden Wundtaschen ist der Angelpunkt der Symphysiotomie.

Die Gefahr solcher Taschen, in denen sich Blut und Wundsecret stauen kann, ist in der Chirurgie nie unterschätzt worden. Aber es ist selbstverständlich möglich, auch dieser Eigenthümlichkeit durch eine entsprechende Behandlung gerecht zu werden.

Näht man nach der Blutstillung Alles zu, ohne zu drainiren, so heilt alles gut und rasch, wenn keine Infection dazu kommt. Man setzt aber ein unverhältnissmässig grosses Risico ein für den Fall einer Infection, weil bei der Symphysiotomiewunde besonders ungünstige Wundverhältnisse gegeben sind durch das Nachsickern von Blut und Wundserum und den Mangel einer Elimination.

In den günstiger laufenden Fällen platzt unter geringer Temperaturerhöhung ein Theil der Naht auf, es entleert sich eine Menge von Wundabsonderung, und unter Abfall des Fiebers heilt die Kranke aus.

Diese ersten Erlebnisse haben uns dazu geführt, immer zu drainiren und zwar sowohl die hinter, als die vor der Symphyse befindliche Wundtasche, und dann diese durch einen festen Compressivverband des Abdomens und mittels T-Binden zu comprimiren, um die Stauung der Secrete zu verhüten.

Sicher ist es das Richtigste, solche Wundtaschen durch Ausstopfung mit Jodoformgaze völlig offen zu behandeln und dabei die tamponirende Gaze bis zu der Zeit, da man sicher auf das Vorhandensein von Granulationen in der

Wundhöhle rechnen kann, also etwa 8—10 Tage lang liegen zu nnd dann allmälig zu entfernen.

Diese offene Wundbehandlung verlangt jedoch eine bestimmte Rücksicht bei der Vernähung der Schambeine.

Für den Kliniker und jeden chirurgisch geschulten Arzt ist die Knochennaht mit drei bis vier Nähten eas idealste Verfahren. Schreitet die Wundheilung ohne Störung fort, so entsteht innerhalb von zehn Tagen eine so feste Vereinigung der Ossa pubis, dass beim Wechseln der Gaze die Symphyse vereinigt bleibt. Ist jedoch diese Verbindung nicht fest genug, so gehen die Schambeine wieder auseinander, was an sich nicht schlimm ist, aber die Heilung verzögert. Es bildet sich dann durch secunda intentio eine bindegewebige Narbe, die ebenso gut wie die Knorpelnarbe wieder zur vollkommenen Gebrauchsfähigkeit des Beckens führt.

Trotz der Ungefährlichkeit dieses Auseinanderweichens der Ossa pubis ist dasselbe unerwünscht und muss unser Streben auf dessen Beseitigung gerichtet sein.

Dies ist zu erreichen durch die Naht aus Silberdraht oder Silkwormgut, wobei die Nähte in der späteren Zeit der Wundheilung wieder entfernt werden. Dann genügen aber auch zwei Nähte aus unresorbirbarem Material neben zwei Catgutnähten.

Die Knochennaht setzt jedoch den Besitz eines Drillbohrers voraus, also eines Instrumentes, vor dessen Anwendung mancher Arzt stutzig würde. Es genügt jedoch, Fäden aus unresorbirbarem Material mit gewöhnlichen chirurgischen Nadeln durch Fascien und Knorpel zu legen, um eine ausreichende Vereinigung zu erzielen. Gerade um die Ersetzbarkeit der Knochennaht — diesen Stein des Anstosses bei den Practikern — zu prüfen, habe ich in einer langen Reihe der zuletzt operirten Symphysiotomien nur noch Fascien- und Knorpelnähte ausgeführt und die Wundheilung dadurch nicht zum Schlechteren verändert gefunden.

Nach den gegebenen Erörterungen grundsätzlicher Art gestaltet sich die Ausführung einer Symphysiotomie im Einzelnen folgendermaassen:

1. Die Operation wird nur gemacht bei lebensfrischem Kinde zum Zwecke dessen Erhaltung und beginnt bei herunterhängenden Beinen mit einem Querschnitt durch die Haut etwa 1—1½ Fingerbreiten unterhalb des oberen Symphysenrandes, Abklemmen und wo nöthig Unterbinden der blutenden Hautgefässe.

2. Es werden die Fascie über der Symphyse und die Linea alba über dem Pecten pubis freigelegt und sowohl die obere als die untere Wundlippe der Haut, also alle Weichtheile, mit dem Fingernagel stumpf trennend vom untern Rand des Ligamentum arcuatum abgeschoben,

die Fascie der Linea alba dicht über der Symphyse durchschnitten und damit der retrosymphysäre-praevesicale Bindegewebsraum eröffnet.

3. Es folgt nun die Durchschneidung der Symphyse, wobei ein weiblicher metallener Katheter in die Harnröhre gelegt wird und der Zeigefinger der linken Hand die Blase von der Hinterwand der Symphyse bis zum unteren Rande derselben abschieben muss. Unter Führung dieses Zeigefingers wird ein geknöpftes Messer hinter der Schamfuge eingeführt und der Knorpel, den man am besten durch Bewegungen eines einzelnen Beines bestimmen kann, von oben und vorn beginnend durchschnitten, bis kein spannendes Gewebsband mehr vorhanden ist.

Der Kopf wird durch das Einschieben des Fingers abgedrängt und habe ich in keinem Falle Schwierigkeiten beim Einführen dieses Fingers empfunden. Das Messer muss stark, aber sein Rücken darf nicht zu dick sein; die hängenden Beine spannen die oberen Ränder der Symphyse und des Schnittes auseinander, was das Vordringen des Messers erleichtert. Sofort nach dem Durchschneiden weichen bei hängenden Beinen die Ossa pubis 2 bis 4 cm auseinander. Die klaffende Wunde wird sofort mit steriler Jodoformgaze ausgestopft und die Gebärenden, wo es möglich ist, unter Emporschlagen der Schenkel und mässigem Festhalten der Ossa ilium entbunden. Ist die sofortige Entbindung nicht möglich, so wird um das Becken eine breite Flanell- oder Gummibinde gelegt und das Tieftreten des Kopfes, was in der Regel binnen einer Stunde erfolgt, im gewöhnlichen Bett abgewartet.

Beim Durchgang des Kindes gehen die Schambeine 6 bis 7 cm auseinander und es beginnt auf kurze Zeit eine stärkere Blutung. Auffallend häufig verharrt der Kopf des Kindes bei der spontanen Austreibung bis auf den Beckenboden mit der Pfeilnaht im Querstand und muss oft die Zange zur Beschleunigung der III. Drehung des Geburtsmechanismus an einen diagonalen Kopfdurchmesser (nach Lange) angelegt werden.

Um die durch die Geburt des Kindes entstehende Blutung zu stillen und überhaupt so bald als möglich, muss nach der Entbindung

4. die Vereinigung der Ossa pubis ausgeführt werden. Dies mässigt die Blutung sofort. Zu diesem Zwecke wird

a) wieder ein weiblicher Katheter in die Harnröhre gelegt,

b) ein langer Streifen Jodoformgaze nach Entfernen des ersten durchbluteten über Blase und Harnröhre ausgebreitet und deren Enden oben heraus geleitet,

c) die Naht, wie oben beschrieben,

mit 2 Fäden aus Catgut und
mit 2 Fäden aus unresorbirbarem Material

entweder mit gewöhnlichen Nadeln durch Fascie und Knorpel,

oder mit dem Drillbohrer (vergl. Schmidt s Jahrbücher, Leipzig, 1893) durch den Knochen gelegt.

Ist dies geschehen, so wird

d) die hinter die Symphyse gelegte Gaze mit irgend einem langen gestielten Instrument (Aneurysmanadel oder dergl.) rückwärts gedrängt, damit sich die Gazestreifen beim Schliessen der Nähte nirgends zwischen die Ossa pubis einklemmen können und nun

e) diese letzteren zusammengepresst und rasch die 4 Fäden geknotet.

Damit ist die Operation im Wesentlichen vollendet, wenn auch noch einzelne Verstärkungsnähte durch die Fascie folgen können.

Wir wechseln noch einmal den hinter der Symphyse liegenden Jodoformgazestreifen, legen je einen neuen, trockenen in die 2 Wundhöhlen und einen Becken-Bauch-Compressivverband mit reicher Wattepolsterung mittels einer T Binde an.

Die Nachbehandlung erfordert wiederholtes Lockern der T Binde zum Zweck der Urinentleerung und wiederholten Wechsel der Verbandgaze. Die Jodoformgaze bleibt 8 bis 10 Tage liegen, wird dann allmählich gekürzt und nachdem der letzte Streifen die granulirende Wunde verlassen hat, werden die Silbernähte entfernt. Per secundam intentionem heilt die Wunde in wenigen Tagen zu, was durch Zusammenziehen der Hauträndер mittels Heftpflasterstreifen beschleunigt wird.

Dieses Verfahren stellt das Extrem der Wundbehandlung dar gegenüber dem Abschluss der ganzen Wunde und noch mehr zur subcutanen Durchtrennung (Symphysiotomia occlusa) nach Aitken, Stoltz und der neuerdings empfohlenen und eingeführten Symphysiotomia subcutanea von Ayers[1]). Alle subcutanen Verfahren halten wir als nicht empfehlenswerth wegen der grösseren Gefahr von Nebenverletzungen der Blase und Harnröhre.

Gegenüber den pessimistischen Anschauungen über die Symphysiotomie darf man in unserem Zeitalter der Asepsis fragen, was soll denn dabei so gefährlich sein? Es handelt sich doch nur um äussere Wunden. Hundertfältig operiren und heilen die Chirurgen solche Höhlenwunden an den Knochen anstandslos und die offene Wundbehandlung ergiebt gegenüber dem sofortigen Schluss der Wunde nur untergeordnete Nachtheile, dafür aber eine grössere Lebenssicherheit. Es ist einzuräumen, dass die Hautwunde nicht so glatt wird und die Dauer bis zum völligen Schluss derselben länger ist. Das kann aber gegenüber der Gefahr einer Sepsis nicht ins Gewicht fallen.

Im Vergleich zum Kaiserschnitte ist der Vortheil vorhanden, dass man nur äussere Wunden setzt, die in der Regel vom Genitalkanal abgeschlossen sind und dass die Frauen für die

---

[1]) The american Journ. of obstetrics etc. Vol. 36, Juli 1897: S. 1. u. ff.

folgenden Geburten ein weiteres und erweiterungsfähiges Becken behalten, sodass sie in der Regel nach einer Symphysiotomie grosse Kinder von selbst gebären können.

Unleugbar erfordert die Symphysiotomie Geschick und grosse Vorsicht, weil sonst leicht Verletzungen von Blase und Harnröhre entstehen und wollen wir nicht verhehlen, unter unseren 31 Fällen dreimal solche erlebt zu haben. Das erste Mal war es eine Durchstossung der Harnröhre aus Versehen, welche Verletzung wir schon 1893 in unserer Veröffentlichung erwähnten, und zwar verschuldet durch Verwendung eines männlichen Katheters, ein zweites Mal eine theilweise Einklemmung der Harnröhre zwischen die Schambeine beim Entfernen der Gaze, das dritte Mal war der hinter der Symphyse liegende Gazestreifen entschlüpft und um ihn herauszuholen benutzte ich eine Kornzange, durch welche eine Verletzung der Blase entstand.

Die erste Nebenverletzung wurde während der Operation durch eine Naht geschlosssen und heilte ohne Weiteres. Bei der theilweisen Einklemmung der Harnröhre behielt die Frau eine Schwäche der Harnröhre zurück, von der sie völlig geheilt wurde durch circuläre Umschneidung der Harnröhre, Ablösung derselben vom Knorpel und Drehung um 90 Grade nach Gersuny und erneutes Annähen der torquirten Harnröhre. Die dritte Nebenverletzung (Blasenverletzung) heilte von selbst. Allerdings dauerte dies längere Zeit.

Wenn man die vorgekommenen Fehler als Einwand und Vorwand zur grundsätzlichen Gegnerschaft gegen die Symphysiotomie verwerthen will, so ist dem entgegenzuhalten, dass dies doch noch immer die Lehrzeit der Operation betrifft. Wie verhält es sich denn mit den Fehlern und Versehen bei der Sectio caesarea? Von diesen hört man nicht so viel, weil die betreffenden Kranken stille Leute werden, welche die Erde deckt. Wir haben in unserer Klinik einige Tage nach einander eine Symphysiotomie gemacht und eine Sectio caesarea machen lassen. Bei der ersteren entstand aus Versehen die oben erwähnte Blasenverletzung, bei der Sectio caesarea ein Ileus und Peritonitis. Das heisst, wenn bei der Sectio caesarea etwas passirt, so kostet es der Kranken das Leben, bei der Symphysiotomie einige Wochen Verlängerung der Heilungszeit. Mag auch zuzugeben sein, dass die Technik der Symphysiotomie etwas schwieriger sei als diejenige der Sectio caesarea, so ist nach meinen Erfahrungen die Lebensgefahr bei der richtig ausgeführten Symphysiotomie geringer.

Ich bin mit meinem Bericht zu Ende, aber Sie gestatten mir gewiss mit einigen Worten an den eben gehörten Vortrag des Herrn Collegen Varnier aus Paris anzuknüpfen. Die Messungen der Becken bei Frauen nach geheilter Symphysiotomie ergaben nur eine geringe Vergrösserung der Becken. Aber die $1-1^1/_2$ cm Mehrung der Masse ist nie von mir dahin aufgefasst worden, dass sie für sich allein die danach folgenden spontanen Ge-

burten erklären könnte, sondern nur so, dass die verbreitete Symphyse und zwar gleichviel, ob eine knorpelige oder eine bindegewebige Narbe entstand, nachgiebiger und unter der Geburt erweiterungsfähig geworden sei, das heisst, es war unsere Annahme stets identisch mit der Erklärung, welche Herr Varnier als Symphysiotomie subcutanée heute gegeben hat.

II.

Die Colpotome und die chirurgische Behandlung der Pelviperitonitis.

Referat[1]) für die gynäkologische Section des XII. internationalen medicinischen Congresses.

Erstattet

von

A. MARTIN

in Berlin.

Unsere Einsicht in die Pathologie des Beckenperitoneum ist erst unter dem Einfluss der Bauchhöhlen-Chirurgie zu einem annähernd befriedigenden Abschluss gebracht worden. Sie hat der anatomischen und bakteriologischen Untersuchung eine nachhaltige Anregung gegeben. Sie hat den Tastbefunden die sehr notwendige Sicherheit verschafft. Sie endlich hat uns gelehrt, dass eine Fülle von als unheilbar geltenden Veränderungen in Wirklichkeit doch in weitgehender Ausdehnung einer Heilung noch zugänglich ist.

Wir wissen, dass das Beckenperitoneum nur sehr selten idiopathisch erkrankt. Wir nehmen heute an, dass nur die idiopathische Tuberculose anzuerkennen ist, und auch diese Fälle sind meist nicht einwandfrei. In der Regel ist die Pelviperitonitis als eine Complikation der Erkrankung der Beckenorgane anzutreffen. Diese in ihrer Bedeutung für die Erkrankung des Beckenperitoneum zu würdigen, ist nicht der Zweck der folgenden Betrachtungen. Sie gelten, soweit als das scharf hervorzuheben möglich ist, den Endstadien, in welchen der Prozess am Orte der ersten Lokalisation mehr oder weniger abgelaufen ist, während im Beckenperitoneum die Heilung sich hinzieht oder unter Bildung von Veränderungen eintritt, welche weitere und verhängnisvolle Störungen in ihrem Gefolge nach sich ziehen. Bekanntlich entwickeln sich im Beckenbauchfell seltener massige Exsudate, viel

[1]) Abgeschlossen 1. Juli 1897.

häufiger Schwielenbildung und Verdickung. Es bilden sich flächenhafte Verwachsungen, strangartige oder breite membranöse Verbindungen zwischen den die Beckenhöhle füllenden Organen. Diese Organe werden wie mit einem dünnen oder auch derben Schleier umhüllt: sie erscheinen innig mit einander verschmolzen. In frischen Stadien, aber auch bei chronischem Verlauf, finden sich, zumal bei den charakteristischen Recidiven des Prozesses zwischen diesen Membranen Exsudate, sulzige oder seröse Massen, Blut in allen Stufen der Organisation. Eiter. Zuweilen bilden sich kleinere und grössere Bläschen mit durchscheinendem oder trübem, auch eitrigem Inhalt. Gebilde, die oftmals überhaupt nicht tastbar, in andern Fällen bei der Tastung wie cystische Neubildungen imponieren. Meist sind diese Schwielen steril, ebenso die in ihnen umschlossene Flüssigkeit; vereinzelt haben wir Bakterium coli com. darin nachgewiesen.

Nicht allein die damit verbundene Störung der Beweglichkeit der Organe ist das Ergebnis solcher Verlötung, — diese selbst leiden unter der Behinderung ihrer Circulation.

Es bedarf keiner weiteren Ausführung, wie intensiv der in seiner Lage und Gestalt durch die Pelviperitonitis beeinträchtigte Uterus, die Tuben, die Parametrien, Darm und Blase in ihren Funktionen behindert werden. Von ihnen gehen überwiegend häufig die qualvollen Beschwerden aus, welche zuweilen nur im Anfangsstadium oder periodisch im Anschluss an die physiologischen Functionen, dann mit Fortschreiten des Processes ununterbrochen die Kranken quälen, bis zur Arbeits- und Leistungsunfähigkeit, ja bis zur Beeinträchtigung auch nur einer Vita minima, unter Verzicht auf jede Art von Lebensbethätigung. Ja, unverkennbar kommt es gerade unter dem Einfluss der Pelviperitonitis zu erneuter und schwerer Erkrankung besonders der Beckenorgane, sodass diese wieder vollständig in den Vordergrund des klinischen und anatomischen Krankheitsbildes treten.

Wir dürfen nicht anstehen, die Pelviperitonitis unter den entzündlichen Vorgängen in den weiblichen Sexualorganen als die schwerste und verhängnisvollste zu bezeichnen. Nicht allein deswegen, weil sie in der Tiefe des Beckens der Einwirkung unserer Therapie relativ schwer zugänglich ist, vielmehr, weil die Vorbedingungen ihrer Ausheilung nicht erfüllt werden können: die Unterdrückung immer neuer Störungen der Circulation, der Ausfall der Functionen des Gefässapparates, teils durch die Fortdauer der physiologischen, periodischen Entwickelungsvorgänge und der täglichen Functionen der in den Prozess einbezogenen Organe, teils durch die aus dem sexuellen Verkehr stammenden Reizungen.

Das Gewicht dieser Erkenntnis ist umso grösser geworden, je mehr unsere Einsicht in die anatomischen Verhältnisse gewachsen ist. Die dadurch begründete ernste Auffassung der Prognose der Peritonitis hat nur sehr langsam eine entsprechende Entwickelung der Behandlung gezeitigt. Früher beschränkte man sich lediglich auf eine allgemeine Behandlung. Die Constatirung pelvi-peritonitischer Erkrankung erschien als ein fast

unüberwindliches Hindernis energischer lokaler Behandlung der Beckenorgane. Innerhalb der letzten 15—20 Jahre hat sich der Gedanke, auch die Pelviperitonitis einer direkten Behandlung zu unterziehen, mehr und mehr Geltung verschafft. Allerdings wird im allgemeinen auch heute noch mit vollem Recht als Regel für die Therapie der acuten Beckenperitonitis anerkannt, dass zunächst die Beschränkung der Erkrankung durch strengste körperliche Ruhe und Pflege unter den sogenannten antiphlogistischen Maasnahmen anzustreben ist. Um darnach im chronischen Stadium die Resorption frischer entzündlicher Producte und die Rückbildung der Schwielen und Schwarten anzuregen, haben unzweifelhaft die zu hoher Vollkommenheit ausgebildeten resorptionbefördernden Behandlungsmethoden, die Kuren mit den die Ernährung nachhaltig beeinflussenden Droguen, Jod, Quecksilber, den verschiedenen Salzpräparaten, mit Ichthyol u. s. w., Moor u. a. auch die Hydrotherapie ihre volle Geltung in der Therapie der Beckenperitonitis, bei entsprechender Anregung der allgemeinen Ernährung und Kräftigung. Wer wüsste nicht, namentlich von solchen rationell geleiteten Kuren in geeigneten Anstalten und in den hier in Frage kommenden Badeplätzen erstaunliche, überraschende Erfolge zu berichten!

Es wäre durchaus unzulässig, sollte an dieser Stelle nicht der Massage gedacht werden in ihrer heilsamen Einwirkung auf die Pelviperitonitis. Es darf als unzweifelhaft festgestellt gelten, dass gerade alte, eingedickte Exsudate, dass oft auch innige Verwachsungen unter der Einwirkung der Massage zur Resorption und schliesslichen Ausheilung gebracht werden können. Freilich bleiben die Mahnungen, derartige, besonders aber energische Massirübungen nur da vorzunehmen, wo frische Eiterherde und namentlich auch solche in atretischen oder abgekapselten Höhlen liegende ausgeschlossen sind, für die Mehrzahl der Gynäkologen zu Recht bestehen. Denn auch chronische Adnexerkrankungen, chronische Pelviperitonitis kann durch Massage event. wieder entfacht werden. Nicht selten entstehen dabei Blutergüsse: wir müssen annehmen, dass diese besonders für die in ihrer Virulenz erlöschenden Keime den Nährboden abgeben, der sie zu erneuter und verhängnisvoller Entwickelung anwachsen lässt.

Bei aller Anerkennung der durch diese therapeutischen Anordnungen zu erzielenden Erfolge muss allseits zugegeben werden, dass bei einer nicht unerheblichen Zahl von Pelviperitonitis-Kranken durch die angeführten Behandlungsmethoden nur eine symptomatische Besserung ihrer Beschwerden, bei nicht wenigen auch diese nicht erzielt wird. Eine nicht kleine Anzahl dieser Kranken bleibt ungeheilt als eine schwere Belastung ihrer Familie, als eine ungelöste Aufgabe der ärztlichen Behandlungskunst, als die willkommene Beute nicht medicinischer Heilbestrebungen übrig.

Die Betrachtung der Präparate, welche wir früher fast nur auf dem Sectionstisch, heute bei der Inspection auf dem Operationstisch antreffen, giebt die Aufklärung für solche

betrübenden Erfahrungen, wenn nicht schon die klinische Beobachtung dazu den Schlüssel finden liess. Die durch die Peritonitis gesetzten Veränderungen sind dann meist derartig, dass sie die befallenen Organe in ihren Functionen behindern, vernichten. Sie sind den Heilwirkungen der genannten und ähnlichen Methoden nicht mehr zugänglich. Sie stören die Function der Keimdrüse, indem sie den normalen Decursus der Eireifung verhindern und Unregelmässigkeiten setzen, die durch ihre periodische Wiederholung die Keimreifung zu Grunde gehen lassen. Die Pelviperitonitis führt zur Atresie des Eileiters und vernichtet damit die sexuelle Function des Weibes in ihrem Culminationspunkt, der Conception, gleichviel ob sich dann jene weitergehenden Veränderungen der Eileiter anschliessen oder nicht, wie sie zur Anfüllung der Tube mit seröser Flüssigkeit, Blut oder Eiter führen, Sactosalpinx serosa, haemorrhagica oder purulenta. Die Pelviperitonitis lässt den von ihr umschlossenen Uterus nicht zur normalen Function kommen, selbst wenn er scheinbar beweglich ist. Jene spinnwebartigen Membranen, die ihn umschliessen, jene zottigen Umlagerungen, welche wir gelegentlich antreffen, sie sind nicht selten durch resorbirende Mittel ebensowenig zu beseitigen, wie die Atresie der Tube, die perioophoritische Umhüllung der Keimdrüse: sie erklären es, dass selbst wenn für die Tastung eine Restitutio ad integrum anscheinend erreicht ist, doch die Kranken fortfahren, zu leiden und zu klagen; sie erklären es, dass die Kranken nach scheinbar glücklicher, wenn auch mit vielen Opfern erzielter Besserung, bei der nächsten Menstruation, bei einer geringen, oft auch ohne nachweisbare Schädlichkeit, recidiv werden — jedenfalls aber nicht zur vollen Genesung gelangen.

Die vordem so berechtigte Scheu vor operativen Eingriffen in die Peritonealhöhle im allgemeinen und weiter noch die berechtigte Furcht vor Eingriffen in Entzüngungsherde, namentlich solche, deren Entzündungserreger wir kaum mit Sicherheit kennen, hat verursacht, dass man trotz der unverkennbaren Schwere des Leidens, trotz der in solchen verzweifelten Fällen nicht bestrittenen Unzulänglichkeit einer medikamentösen Therapie Anstand nahm, die ultima ratio therapiae zur Anwendung zu bringen. Erst mit der Ausbildung der Anti- und Asepsis ist nicht nur experimentell, sondern auch auf dem Operationstisch der Umschwung der Anschauungen nach und nach zur Geltung gekommen. Gilt dies vornehmlich den Erkrankungen der Tuben und Ovarien, so hat die wachsende Erfahrung gelehrt, dass auch die Beckenperitonitis, wenn sie allein der anderweiten Behandlung widerstanden hat, auf chirurgischem Wege heilbar ist. Man sah zunächst, dass diese chronischen Peritonitiden nicht nur nicht recidivieren, wenn sie der direkten Behandlung nach Eröffnung der Bauchhöhle ausgesetzt waren, ja dass dadurch ihre Resorption und Heilung oft genug gefördert wird. Dann ergab sich, dass die überwiegende Mehrzahl der hier angetroffenen Eiterherde, die Schwielen und Schwarten, auch wenn sie noch

culturfähige Keime enthalten, steril sind. Weiter ergab sich, dass unter der Voraussetzung, dass nicht neue virulente Keime eingeschleppt werden, auch da, wo unverkennbar noch infectiöse Keime vorhanden waren, auch diese in der einen oder andern Weise unschädlich gemacht werden konnten. Gewiss ist die Gefahr gerade für die letztere Gruppe von Fällen auch heute noch eine unverkennbare. Denn wenn auch nicht so häufig wie anfangs befürchtet, die Einwanderung neuer Keime von der Bauchwunde oder der innern Oberfläche des Genitalkanals erfolgt, so tritt in den recht häufigen Fällen von gleichzeitiger Erkrankung der Darmwand die so überaus bedenkliche Gefahr einer Ueberwanderung der Keime des Darminhaltes hinzu, die sich dann in den bereiten Nährböden der peritonitischen Schwielen und der zerfetzten Oberfläche der Beckenorgane zu deletärer Wirkung entwickeln. Je schärfer wir diese Gefahr ins Auge fassen und je näher wir ihr Wesen zu ergründen suchen, um so mehr wird es gelingen, sie abzuwenden.

Die Begründung dieser Hoffnung ergiebt sich aus der Betrachtung der Entwickelung unserer operativen Bekämpfung der schweren Formen von Beckenperitonitis, — immer vorausgesetzt, dass es sich um Fälle handelt, in denen eine medikamentöse Therapie sich als erfolglos erwiesen hat.

Soweit ich übersehen kann, ging der erste Vorschlag einer operativen Behandlung der Pelviperitonitis chronica von Hegar aus, als er die Castration für solche extreme Fälle empfahl. Die Begründung, welche Hegar[1]) diesem Vorschlag vorausschickt, ist in ihrer Berechtigung nicht erschüttert worden. In der Regel handelt es sich in diesen Fällen um die durch die Pelviperitonitis veränderten, ja schwer erkrankten Keimdrüsen; diese selbst geben durch die bei Gelegenheit der Eireifung recidivirenden Erkrankungen den Anlass zu den Nachschüben des peritonitischen Processes. Man sieht die Pelviperitonitis ausheilen, wenn die Eireifung, sei es im natürlichen Verlaufe des Klimakterium, sei es bei Verödung der Keimdrüse, erlischt. Dem entsprechend war die Hoffnung berechtigt, dass auch die Wegnahme des noch functionirenden Organes die gleiche Wirkung haben werde. In der That entspricht der Erfolg dieser Voraussetzung, wenn auch nicht zu verkennen ist, dass hierbei dieselbe Schwierigkeit im spätern Verlauf sich geltend macht, wie bei allen Operationen im Genitalapparat der Frau, dass neue Erkrankungen in dem Uterus und den Tuben eben auch dann nicht ausgeschlossen werden können und mit ihnen die Recidive auch der Peritonitis.

Diese üble Folge soll die Entfernung nicht nur der Ovarien, sondern auch die des Uterus in sicherer Weise vermeiden. Die „Castration uterine", welche Péan[2]) an die Stelle der ovariellen

[1]) Volkmann, Samml. kl. Vorträge, No. 48, 1878.

[2]) Vgl. Segond, De l'hystéréctomie vag. dans le traitement des suppurations peri-uterines. Paris 1891.

Operationen gesetzt hat, gewinnt unverkennbar die Zustimmung immer weiterer Kreise. Neben den Verfechtern derselben in Frankreich, neben Péan, Richelot, Segond und Doyen, nenne ich unter den deutschen Gynäkologen L. Landau, dann Jacobs, Iversen und andere. Auch Schauta hat sich mit seinen Schülern zu dieser radicalen Therapie bekannt. Die abdominale und die vaginale Hystero-salpingo-Oophorectomie oder Radicaloperation hat auf dem vorjährigen internationalen Gynäkologen-Congress in Genf von Sänger eine erschöpfend klassische Darstellung gefunden. (Samml. kl. Vorträge N. F. N. 178). Es darf nicht in Abrede gestellt werden, dass die unmittelbaren Operationsresultate als wohl befriedigende angesehen werden können, wenn man daran festhält, dass nach den Angaben aller Autoren es sich stets um Fälle in den schwersten Stadien des Leidens handelt, um Kranke, welche nicht nur erwerbsunfähig geworden, sondern auch an der Grenze der Lebensfähigkeit in Gefahr standen, ihren Leiden zu unterliegen. Für die Mehrzahl der Fälle handelt es sich nicht um eine isolirte Pelviperitonitis; ja diese tritt wesentlich an Bedeutung zurück. In der Regel indiciren Erkrankungen der Eierstöcke und der Eileiter, des Uterus und der parauterinen Bindegewebe die Operation, es handelt sich allso um jene Fälle von „Beckeneiterung", wenn dieser Sammelbegriff hier genannt werden soll.

Diesen radikalen Operationsvorschlägen, bes. dem letzteren, ist zuzugestehen, dass sie eine im Verhältniss zur Schwere des Eingriffs günstige Operationsprognose haben und dass sie ihr Ziel dann auch erreichen. Es muss deshalb für exstremste Fälle ihre Berechtigung zugestanden werden. Ich stehe nicht an, diese Concession zu machen, obwohl ich in meinem eigenen Wirkungskreis nur sehr vereinzelt in dieser Weise radikal operire. In der Regel finde ich es möglich, nur die unheilbar erkrankten Organe zu entfernen, und sehe danach, allerdings nicht immer unmittelbar, aber schliesslich doch auch den erhaltenen Uterus gesund werden, sodass die Frauen völlig genesen. Die Fälle unabweislich notwendiger Radikaloperationen bilden nach meiner Erfahrung entschieden die seltene Ausnahme. Wir dürfen behaupten, dass es in bei weitem nicht allen diesen Fällen von Complikation der Oophoritis und Salpingitis, Metritis, Endometritis und Parametritis mit Beckenperitonitis der völligen Beseitigung der inneren Genitalorgane bedarf, um schliesslich doch noch eine Ausheilung anzubahnen.

Der Befund ist in diesen Fällen ein vielgestaltiger. Massige Schwielen durchziehen die Beckenhöhle bis zur scheinbar völligen Obliteration derselben. Das Ovarium ist von Schwielen umschlossen, die freie Entleerung des Inhaltes der Graaf'schen Follikel ist behindert. Grössere und kleinere Follikelhydropsien veränderten die Form und Zusammensetzung des Gewebes der Keimdrüse. Die Tuben sind atretisch, abgeknickt, auch wohl zu umfänglichen Geschwülsten umgebildet. Der Uterus ist verlagert, fixirt, im Zustand chronischer Stauung in der Schleimhaut und

im Parenchym. Der Eiter, welcher in diesen mehr oder weniger abgeschlossenen Hohlräumen stagnirt, ist meist steril; seine Eindickung und partielle Resorption wird mit dem Erlöschen der Virulenz eingeleitet.

Die Hoffnung, dass ohne die Anwendung radikaler Methoden Heilung erzielt werden kann, ist vollauf berechtigt. Es liegen heute schon genügende Beweise dafür vor, dass auch unter solchen Umständen in recht häufigen Fällen Heilung auf operativem Wege herbeigeführt werden kann, ohne dass die Frau ihrer Genitalien völlig beraubt wird. Es ist möglich, durch ein conservativ-operatives Vorgehen nicht nur die Beschwerden der Kranken zu beheben, sondern auch wesentlich die Funktionen derselben zu erhalten, und selbst da, wo erkrankte Teile des Genitalapparates als unbrauchbar und als unfähig zur Rückbildung erkannt, entfernt worden sind, im übrigen die Beckenorgane, besonders aber das Beckenperitoneum selbst, in einen Zustand zurückzuführen, der zwar nicht immer ein Restitutio ad integrum, aber doch ein durchaus befriedigender genannt werden darf. Die Mahnung, nach Entfernung z. B. der beiden Ovarien, den Uterus zu erhalten, wird durch das Schlagwort, er sei alsdann nur noch eine quantité negligeable, nicht erledigt. Die Erfahrung lehrt, dass der Mehrzahl der Frauen mit der Erhaltung auch nur eines Teiles der Genitalien sehr wohl und nachhaltig von der Pelviperitonitis chronica zu helfen ist, und dass ihnen sehr häufig auch damit schon eine wesentliche Erleichterung gewährt bleibt.

Die Voraussetzungen für das Erreichen dieses Zieles sind:

1. die Freilegung der Beckenhöhle,
2. die Trennung der Verwachsungen und Isolirung der einzelnen Organe innerhalb ihrer natürlichen Verbindungen,
3. die Versorgung der erkrankten Teile der einzelnen Organe, insbesondere des zerrissenen und verletzten Peritoneum,
4. endlich ein Abschluss der Bauchhöhlenwunde, welcher die den Narben des Bauchfells eigentümlichen Uebelstände in möglichster Ausdehnung ausschliesst.

I. Unverkennbar giebt der Bauchschnitt den freiesten Einblick in die Bauchhöhle. Es gab eine Zeit, in der man die Gefahren dieser Operation für so gering zu achten sich berechtigt hielt, dass sie als eine probatorische zulässig erschien und ohne Bedenken bei jedem Zweifel über die Tastbefunde zur Anwendung gebracht wurde. Es wäre gewiss falsch, heute den Bauchschnitt an sich im Gegensatz hierzu etwa als sehr schwierig und gefahrvoll hinzustellen. Allein mehr und mehr hat sich doch die Ueberzeugung geltend gemacht, dass die Trennung der natürlichen Continuität der Bauchdecken nur zu leicht sehr verhängnissvoll für das spätere Befinden unserer Kranken wird. Die ehemals so gefürchteten Bauchdeckenabscesse sind in der Praxis

der Gynäkologen auf ein geringes Maass reducirt; sie entwickeln sich fast ausschliesslich da, wo virulenter Eiter in der Bauchhöhle sich fand und bei der Entfernung die Bauchwunde inficirte. Aber selbst nach völlig normaler primärer Heilung blieben die Bauchnarben nicht gleichgültige Residuen. Die Gefahr der Dehnung dieser Narben bleibt bestehen, auch wenn es gelingt, durch eine verbesserte Naht die Bildung einer sehr widerstandsfähigen Narbe zu erzwingen. So konnte Abel auf dem diesjährigen Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig an Zweifel's Material nachweisen, dass doch noch 8,9 pCt. der prima intentione geheilten Coeliotomirten mit Hernie behaftet waren. Bei den physiologischen Schwankungen im Ernährungszustand des weiblichen Körpers, bei der physiologischen Dehnung durch Schwangerschaft, bei der gerade bei den Frauen so häufigen Gasauftreibung des Leibes sind wir auch heute nicht sicher, dass auch die prima intentione geheilte Bauchschnittnarbe früher oder später sich dehnt nnd dann zu einer Quelle von Beschwerden wird, welche oft mindestens sehr schwer empfunden werden. Von der Gefahr der Adhäsionsbildung des Netzes und der Därme an der Innenseite der Bauchnarbe, über welche wir keine Controlle haben, will ich dabei gar nicht sprechen. Immerhin wird unbedingt zuzugeben sein, dass es ein grosser Vorteil ist, wenn wir den Leib von einer anderen Stelle aus öffnen können, dabei vorausgesetzt, dass wir in der Lage sind, mit genügender Uebersichtlichkeit die Beckeneingeweide freizulegen, sodass wir unter der Controlle des Auges die specielle operative Aufgabe erledigen und einen Abschluss erreichen können, dessen Narbe dem Auge entrückt ist, dessen Rückbildung einen Zustand hinterlässt, der der Norm sehr nahe kommt und zu weiteren Schwierigkeiten nicht die bequeme Gelegenheit bietet.

Dieser Weg ist die Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus. Ich will hier nicht untersuchen, ob es einfacher, bequemer, sicherer ist, das vordere oder das hintere Scheidengewölbe zu incidiren; ebenso wenig will ich hier den historischen Entwicklungsgang dieser Operationen erörtern. Ich beschränke mich darauf, die Zugänglichkeit des Beckenhohlraumes von hier aus als eine solche zu bezeichnen, welche für die Mehrzahl derjenigen Fälle genügt, in denen Pelviperitonitis chronica mit ihren häufigsten Folgezuständen am Ovarium, an den Tuben und am Uterus, das Object des chirurgischen Eingriffes ist. Der Zugang wird genügend geräumig, die zu behandelnden Gebilde werden hinreichend klar dem Auge zugänglich: für die Versorgung bleibt genügender Raum.

Als einen nicht unerheblichen weiteren Vorteil des Scheidenschnittes bezeichne ich die natürliche Leichtigkeit in solchen Fällen, sobald als die Notwendigkeit einer radikalen Operation sich ergiebt, diese von der bis dahin geschaffenen Incision aus durchzuführen.

So warm ich also den Scheidenschnitt empfehle, so bestimmt betone ich die natürlichen Grenzen dieser Operationsweise. Sehr

feste Verwachsungen des Uterus und der Beckenorgane mit der seitlichen und der hinteren Wand des kleinen Beckens, insbesondere mit dem Mastdarm, bieten für die Lösung und Versorgung in rascher Progression sich steigernde Schwierigkeiten. Sie zu überwinden gelingt auch in extremen und zunächst undurchsichtig erscheinenden Fällen, aber nur dem sehr Geübten ev. nach Entfernung des Uterus. Es ist gewiss zuzugeben, dass man durch den Scheidenschnitt auch umfangreiche Geschwülste zu entfernen vermag; aber jedermann muss anerkennen, dass namentlich in den Fällen ausgedehnter Pelviperitonitis die Freilegung von der eröffneten Bauchhöhle aus den Vorzug verdient. Auch die Verkleinerung von Geschwülsten gelingt nicht immer ohne schwere Schädigung der Blase und der Ureteren, besonders wird die Gefahr der ungeeigneten Lösung von Darmverwachsungen bedrohlich. Da also liegt die Grenze zwischen der Eröffnung der Bauchhöhle durch Bauchschnitt und Scheidenschnitt. Sie zu erkennen, lehrt die persönliche Erfahrung. Dann wird man zu entscheiden geübt, welchen Weg man im einzelnen Falle zu wählen hat. Wer vorsichtig diese Erfahrung erwirbt, wird nicht in die Notlage kommen, den einmal betretenen Weg nicht bis zu Ende gehen zu können und wegen Blutungen oder Nebenverletzungen zur Coeliotomie greifen zu müssen.

II. Die Trennung der Verwachsungen und Isolirung der einzelnen Organe in ihren natürlichen Verbindungen und Nährboden gelingt in der Regel und am sichersten mit dem Finger, namentlich wenn man den Uterus als die Hauptmasse unter den Beckenorganen fasst und durch Kugelzangen oder Zügel zur Seite schiebt. Nur sehr selten müssen die Verwachsungen mit der Schneide des Messers gelöst werden. Zuweilen gelingt es leicht, die verwachsenen Gebilde, namentlich den Darm, nach dem Vorgang von Spencer Wells mit einem Schwamm oder Tupfer gewissermassen abzuwischen. Es ist überraschend, zu sehen, wie selten die so getrennten Wundflächen, selbst wenn sie erheblich in die Tiefe der Oberfläche sich ausbreiten, ernsthaft bluten. Eine fortlaufende Naht stillt sog. parenchymatöse Blutungen; eine isolirte Gefässversorgung gehört wenigstens in meiner Praxis zu den grössten Seltenheiten. Sind die Wundränder stark zerfetzt, das Peritoneum also weithin eingerissen, so lässt es sich in der Regel doch durch fortlaufende Nähte auf seiner Unterlage befestigen und nicht selten dadurch derart über den Defect hinwegziehen, dass dieser völlig bedeckt erscheint.

III. Abgesehen von dieser Behandlung der Beckenperitonitis lässt sich die Versorgung der erkrankten Beckenorgane vom Scheidenschnitt aus, weitgehend in sehr vollkommener Weise durchführen. Ebenso wie ein grosser Abschnitt des Beckenperitoneum, liegen die Ovarien und Tuben, liegt der Uterus klar vor. Die Entfernung von Ovarialtumoren, die Entleerung hydropischer Ovarialfollikel, die Resektion am Ovarium, Eröffnung und

Entleerung atretischer Tuben, ev. Absetzung der Keimdrüse oder des Eileiters, Entfernung von Myomen u. s. w. gelingen bei vorsichtiger Auswahl in der Regel leicht und sicher.

Insbesondere hat sich dem wunden Peritoneum die Sorge der Operateure zugewandt: gewiss mit Recht! Denn, wenn schon die oberflächliche Verletzung des Bauchfelles die Bildung von Adhaerenzen begünstigt, um wie viel näher liegt es, dass solche ausgedehnte wunde Fläche sofort mit allen Organen, die sie berühren, auf das innigste wieder verwächst.

Die Versuche, hiergegen Fürsorge zu treffen, dürfen wohl als noch nicht erschöpft angesehen werden. Zuerst hatte ich gehofft, durch das Bestreichen dieser Flächen mit sterilem Olivenöl in einfachster Weise dieses Ziel zu erreichen. Unverkennbar ist diese Behandlungsweise unschädlich. Das Olivenöl ist ein sehr schlechter Nährboden für Keime, und seine Zersetzung bietet nicht die Gefahr ernster Störung des Heilungsvorganges der Gewebe. Aber die Erfahrung lehrt, dass es nicht gelingt, damit den erstrebten Zweck vollständig zu erreichen; es kommt trotz der Behandlung der wunden Flächen mit Oel zu Adhaesionen.

Ein viel heroischeres Verfahren besteht in der Behandlung der Wundflächen mit dem Paquelin, also dem Cauterium actuale. Es lässt sich durchaus nicht verkennen, dass man durch eine vorsichtige Anwendung der Glühhitze eine so oberflächliche Eschera bilden kann, dass diese die Wundfläche deckt, die feine parenchymatöse Blutung stillt und damit die offene Wundfläche beseitigt. Denselben Erfolg habe ich früher durch Betupfen mit Oleum therebin. angestrebt oder, wie viele andere, mit stark verdünnter Lösung von Liq. fer. sesquichlorati. Ich bin von allen diesen Versuchen zurückgekommen, nicht, weil ich davon eine direkte Schädigung gesehen. sondern weil ich gelegentlich den gewünschten Erfolg ausbleiben sah. Namentlich an Wundflächen an der Darmserosa, die doch auch bei der Zerreissung peritonischer Verwachsungen in Frage kommen, trage ich Bedenken, solche auch in starken Verdünnungen immerhin differenten Mittel zur Anwendung zu bringen. Ich bin schliesslich von der Verwendung aller derartiger Mittel abgekommen, weil ich ohne sie die Blutstillung durch einfache Ueberhäutung an der peritonealen Grenze, von der Peripherie her erreichte, ev. durch Matratzennähte, und weil ich andrerseits durch das vollständige Freilassen der Wundfläche eine Störung des Heilungsprocesses nicht eintreten sah.

Dieser Einwand richtet sich auch gegen die Versuche, durch Einlegung von Drainirrohren oder Gaze die Verklebung der Wundflächen aufzuhalten: sie müssen nach der Natur der Verhältnisse stets zu neuen Verwachsungen führen.

Die Drainage findet grade für die abdominalen Radikaloperationen heute noch warme Fürsprecher. In seinem oben erwähnten Referat für den 2. internationalen Gynäkologen-Congress in Genf (1896) (5. Samml. kl. Vortr. Nr. 178) ist Sänger leb-

haft dafür eingetreten, bei den sog. Beckeneiterungen Gaze-Drainage oder Mikulicz'sche Tamponade dann zu verwenden, wenn virulenter Eiter angetroffen wird, wenn Blutungen aus den Adhaesionsflächen nicht mit voller Sicherheit controllirt werden können, endlich bei bestehender Fistelbildung und während der Operation entstandener oder drohender Durchbrechung von Nachbarorganen, besonders des Darmes. — Nur wenige deutsche Autoren treten heute noch dem bei: Bardenheuer kann bei seinem complicirten Operationsverfahren sie nicht entbehren, Hofmeier, Czempin und Löhlein befürworten ihre Verwendung in beschränkter Ausdehnung.

Mit einem grossen Theil meiner Fachgenossen habe ich die Drainage in den verschiedenen Formen völlig verlassen. Nach den vortrefflichen Resultaten, welche Sänger für die Begründung seiner Empfehlung ins Feld führen kann, werden Manche auf diese Drainage für die Fälle von Entleerung differenten keimfähigen Eiters auf sie zurückgreifen. Ich habe so viele Beispiele von ungestörter Ausheilung ohne Drainage auch in solchen Fällen gesehen, neben gelegentlichen Misserfolgen, welche ja auch die Drainage nicht völlig ausschliesst, dass ich meinerseits voraussichtlich nicht zu ihr zurückkehren werde. Aber für die Fälle von chronischer Beckenperitonitis kommt diese Drainage überhaupt nur in sehr beschränkter Ausdehnung in Betracht. Ich verzichte deshalb darauf, hier näher auf eine Erörterung dieser Frage einzugehen.

Das einzige Mittel, die Verheilung der getrennten Wundflächen ohne erneute Verwachsung mit annähernder Sicherheit herbeizuführen, ist nach meiner Beobachtung die räumliche Trennung der Wundflächen von einander. Diese kann man bei der Beckenperitonitis am besten durch eine geeignete Auseinanderlegung der Organe und Festlegung derselben in der auf diese Weise ihnen gegebenen Stellung erzielen. In der Regel genügt hierfür eine starke Verlagerung des Uterus nach vorn durch Vaginifixur. Eine energischere Wirkung habe auch ich mir in dieser Richtung von der Ventrifixur versprochen. Event. steht gewiss die Verlagerung des Uterus durch die Alexander-Adam'sche Operation, resp. die Verkürzung der Lig. rotunda uteri von der Colpotome aus nach Wertheim-Kiefer gleichwertig neben diesen beiden Verfahren. Wenn es aber möglich ist, die Coeliotomie den Frauen zu ersparen, so erscheint mir das ein so grosser Vorteil, dass ich den Versuch, dasselbe Ziel durch eine geeignete Vaginifixur zu erreichen, für wohlberechtigt hielt. An der Hand meiner eigenen recht ausgiebigen Erfahrung kann ich in denjenigen Fällen, in welchen die Pelviperitonitis im wesentlichen auf die hintere Fläche des Uterus und den angrenzenden Teil der Ligg. lata, auf die hier verwachsenen Adnexorgane beschränkt ist, wenn die medikamentöse Behandlung sich als erfolglos erwiesen hat, den vorderen Scheidenschnitt lebhaft empfehlen. Da-

durch wird der verwachsene Teil unter Controlle des Auges freigelegt. Sind die Ovarien mit massigen Follikeln durchsetzt, so werden diese punktirt, sind cystische Gebilde vorhanden, so werden diese excidirt, event., wenn das ganze Ovarium erkrankt ist, wird dieses ganz weggenommen. Sind die Tuben atretisch, so werden sie eröffnet, womöglich nachdem sie nach aussen geleitet worden sind: ist ihr Inhalt verdächtig, so wird die Tube abgetragen: ist ihr Inhalt evident gutartig, so bleibt die Tube erhalten, event. nach Resection des Ostium abdominale. Ist der Uteruskörper von Myomen durchsetzt, so werden diese entfernt, soweit nicht die Entfernung des Uterus dadurch dringlich indicirt wird. Nach vollendeter Blutstillung wird der Uterus derartig in Vaginifixur gelegt, dass bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter die Entwickelung des Corpus uteri durch eine eventuelle Schwangerschaft nicht behindert erscheint. Es genügt in solchen Fällen, 4—5 Centimeter unterhalb des Fundus, also dicht über der Plica vesicalis, die Vaginifixur vorzunehmen. Für diese selbst bediene ich mich ausschliesslich des resorbirbaren Nähmaterials.

Meine Ausführungen basiren auf der Ausführung der Colpotome anterior in 471 Fällen. (30. VI. 1897). Davon waren nur 60 frei von Beckenperitonitis: die Operation galt bei diesen 60 der Beseitigung beweglicher, anderweitig nicht heilbarer Retroflexionen. In den übrigen 411 Fällen galt es wesentlich, mehr oder weniger ausgedehnte Pelviperitonitis zu heilen. Als Complikationen wurden bei 59 Kranken kleinere und grössere Myome entfernt, bei 42 Sactosalpinx serosa, bei 18 Sactosalpinx purulenta, bei 5 bestand Salpingitis nodosa isthmica, bei 4 wurde die schwangere Tube behandelt, davon einmal unter Entfernung lediglich des Eirestes und Vernähung der Incisionswunde an der sonst gesunden Tube, einmal wurde ein altes Blutgerinnsel in ebensolcher Weise entfernt, bei 26 mussten, zum Teil sehr ausgedehnte Tubo-ovarialgeschwülste entfernt werden, bei 25 wurden Kystome des Ovarium abgetragen, 7 Mal grössere Follikelhaematome entleert, 44 Mal hydropische Follikel, 2 Mal galt es Parovarialcysten, 3 Mal intraligamentäre Cysten zu entfernen. Von diesen 471 zum grösseren Teil sehr complicirten Fällen sind 467 nach einem durchschnittlichen Aufenthalt von 15 Tagen aus meiner Anstalt entlassen, nachdem nur 31 überhaupt eine fieberhafte Reaction gezeigt: 8 wurden mit den Resten parauteriner Exsudate entlassen. Unter Nebenverletzungen sind in den ersten beiden Hundert 5 Mal Blasenlaesionen notiert: 2 sind spontan geheilt, 3 mussten durch Operation geschlossen werden.

Von den 471 sind 4 gestorben: 2 an Sepsis, welche von den virulenten Eiterheerden ausgegangen waren; eine an Ileus bei alter allgemeiner Verwachsung der Därme; eine an einer Pneumonie am 21. Tage post operationem.

Ein grosser Teil der Kranken ist noch zu frisch operirt, um schon jetzt ein abschliessendes Urteil zu gestatten. Unter den

262, welche bis Ende des Jahres 1896 von mir und meinen Assistenten operirt sind, haben wir 6% Recidive der Beckenperitonitis beobachtet, 67% dürfen als von ihrer Pelviperitonitis chronica geheilt gelten. Bei 27% ist, zum Teil unter sehr ungünstigen poliklinischen Verhältnissen Besserung erzielt, jedenfalls eine wesentliche Herstellung der Arbeitsfähigkeit.

Dass Recidive nicht ausbleiben, ist bei der Fülle von Schädlichkeiten, denen die Genitalorgane ausgesetzt sind, sicherlich nicht zu verwundern. Nur vereinzelt trat zunächst wenigstens eine Besserung nicht ein, der die Verschlechterung dann unter dem Einfluss unverkennbarer neuer Schädlichkeiten folgte.

Bei der durch die Pelviperitonitis als solche bedingten Behinderung der Conception ist es gewiss als ein gutes Zeichen für die heilende Wirkung der Colpotome auf das Peritoneum und die Generationsorgane anzusehen, dass von diesen 411 Patienten 18 überhaupt schwanger geworden sind. Es sind uns bis jetzt 9 Fälle von Geburten am normalen Schwangerschaftsende bekannt geworden. Es sind das Fälle aus der Anfangszeit der Operation, in denen die Fixur bis zu 3 cm unterhalb des Fundus gemacht wurde. Vier haben wir selbst entbunden, davon haben nur zwei eine Störung der Entfaltung des unteren Uterinsegmentes erlitten, welche aber durch die Wendung und Extraction lebender Kinder nicht schwer überwunden ist. Von neun weiteren, der Privatpraxis angehörigen auswärts wohnenden Frauen höre ich, dass sie beschwerdelos schwanger sind und dass der Fruchthalter sich normal entfaltet.

Ich anerkenne also die Berechtigung, bei ausgedehnten Zerstörungen der Beckenorgane durch chronische und acute Pelviperitonitis durch die Radicaloperation die Heilung anzustreben. Für die grosse Mehrzahl aber derjenigen Fälle, welche sich einer medikamentösen Therapie nicht zugänglich erwiesen, befürworte ich jedenfalls den Versuch, unter Erhaltung der nicht völlig unheilbaren Beckenorgane, die Adhäsionen zu trennen, die erkrankten Teile der Keimdrüse und des Eileiters partiell zu excidiren und eine energische räumliche Trennung der Wundflächen im Beckenperitoneum durch die Festlegung des Uterus, sei es an der vorderen Bauchwand, sei es an der vorderen Scheidenwand, herbeizuführen.

Die Ventrifixur ist hierzu wohl geeignet. Sie setzt aber immerhin eine Bauchnarbe und sollte nur in den Fällen Verwendung finden, in welchen die Colpotome anterior, sei es wegen der Festigkeit und Ausdehnung der Verwachsungen, sei es wegen der Complikation mit umfangreichen Geschwulstbildungen, unräthlich ist. Als die Operation der Wahl betrachte ich die Colpotome anterior. Sie ist, unter der eben bezeichneten Einschränkung, völlig geeignet für die Behandlung für die Mehrzahl der Fälle von Pelviperitonitis chronica. Sie giebt ausgezeichnete Operationsresultate. Nebenverletzungen lehrt wachsende Erfahrung vermeiden, jedenfalls ebenso gut als bei analog

complicirten abdominalen Operationen. Die Festlegung des Uterus bei geschlechtsreifen Frauen dicht über der Plica lässt die so viel erörterten Störungen eintretender Schwangerschaft vermeiden. Endlich entsprechen die Dauerresultate den gehegten Erwartungen. Die Kranken behalten nicht nur keine nennenswert entstellende Narbe. Endlich werden ihnen die Genitalorgane, soweit als deren Zustand es irgend erlaubt, erhalten.

III.

Lymphangioma cystoides als Geburtshinderniss.

Von

Dr. F. EBERHART

in Köln.

(Hierzu Tafel III.)

Auf dem diesjährigen Gynäkologen-Congress zu Leipzig habe ich einen Theil, nämlich den im linken Schultergelenk exarticulirten Arm, eines neugeborenen Kindes nebst Zeichnungen und mikroskopischen Schnitten der Geschwulstbildung demonstrirt, die das Geburtshinderniss abgegeben hatte. Es handelte sich um eine congenitale Neubildung von aussergewöhnlicher Grösse. Weder in meiner jetzigen Praxis noch in meiner früheren Assistentenzeit in der Frauenklinik zu Halle war mir ein derartiger Fall vorgekommen; ältere und erfahrenere Collegen, mit denen ich hierüber sprach, haben ebensowenig einen derartigen Fall gesehen, noch davon gehört.

Von der ausserordentlichen Seltenheit zeugen auch die spärlichen Litteraturangaben. Dr. von Wörz, der 1894 (C. f. Gyn. No. 5) einen Fall von Lymphangioma subaxillare als Geburtshinderniss beschrieb, sagt, dass er in der ganzen Litteratur nur einen ähnlichen Fall von Mc. Lean (es handelte sich hier um ein fast kindskopfgrosses Lymphangiom des linken Oberarms) erwähnt fand. Diese hatten aber beide nicht die Ausdehnung wie der meinige. Ich fand jedoch in der älteren Litteratur noch drei, die ich bei Besprechung der hochinteressanten Arbeit Wernher's anführe. Höchstwahrscheinlich ist der Fall von E. Martin, der später ebenfalls genauer besprochen wird, auch ein solcher gewesen. Auch ist ähnlich der Fall von Strassmann, der von ihm als Lymphangiectasia cystica colli congenita beschrieben. Die ebenfalls ein Geburtshinderniss abgebende Geschwulst sass allerdings nicht am Arm, sondern am Halse. Sicher ist die Zahl der Fälle eine äusserst spärliche.

Bei den veröffentlichten Fällen, ebenso bei denen, wo eine übermässige Ausdehnung des kindlichen Leibes stattgefunden, ist nirgends erwähnt, dass eine Uterusruptur hierdurch entstanden sei (conf. Küstner im Handbuch der Geburtshilfe, von Peter Müller, II. Bd., pag. 676). Der Grund ist nach Küstner darin zu suchen, dass bei übermässiger Ausdehnung des Leibes die Dehnung der Cervix lange nicht in der Weise stattfindet, als bei solcher des Kopfes (Hydrocephalus).

von Winkel sagt bei den Cystenhygromen (Lehrbuch der Geburtshülfe, pag. 424): Von Seiten des Halses können zwei Arten von Neubildungen Ursache von Geburtsstörungen werden, nämlich die sog. Cystenhygrome und die Struma congenita; beide kommen angeboren in ziemlich bedeutender Grösse vor. Er erwähnt, dass Schücking (Centralbl. f. Gyn. 1882, pag. 369) nach Perforation eines in Stirnlage befindlichen Kopfes mit der Scheere eine an der linken Halsseite befindliche Geschwulst einschneiden musste. Dieselbe hing vom Zungenbein bis zum Manubrium sterni herab.

Ausser ihnen kommen noch einfache Cysten am Halse und mit ihnen gleichzeitig am Thorax und anderen Stellen des Körpers vor. Er erwähnt da den Fall von Ed. Martin und A. Martin, ferner den Fall von J. F. Clarke, in dem wahrscheinlich ein solches Cystenhygrom vorlag, es ist jedoch nicht dabei bemerkt gewesen, ob ein Geburtshinderniss dadurch entstanden.

Schauta sagt in seinem Lehrbuch: Am Arm oder Thorax können Lyphangiome leichte, meist rasch zu beseitigende Hindernisse bilden.

Fritsch äussert über diesen Gegenstand in seiner „Klinik der geburtshülflichen Operationen“: „Die Geschwülste des Kindes sind meist sehr weich“; später: „sollte sich bei der Untersuchung ein solches Geburtshinderniss herausstellen, so ist es erlaubt, bei der Operation eine überlegene Kraft anzuwenden. Dann wird man, wenn nur eine Geschwulst vorliegt, die Frucht wohl stets extrahiren. Viel leichter werden die Geschwülste zerstört resp. bersten, durch Ausblutung sich verkleinern, als dass eine Verletzung der mütterlichen Weichtheile zu Stande käme.

Aus der älteren Litteratur möchte ich zunächst eine ausgezeichnete Arbeit von Wernher, „die angeborenen Cystenhygrome und die ihnen verwandten Geschwülste in anatomischer, diagnostischer und therapeutischer Beziehung, Giessen 1843“, genauer besprechen.

Er beobachtete zwei Fälle. Bei dem ersten handelte es sich um das Kind einer I para, welches mit einem Hygroma cysticum colli geboren wurde. Die Geschwulst begann hinter dem Ohr, füllt den ganzen Raum zwischen Unterkiefer und Schulterhöhe aus und reichte nach vorn bis zum Kehlkopf. Die grösste Länge von dem Ohr nach dem Kehlkopf betrug 6½ Zoll, die grösste Breite von oben nach unten über 3 Zoll, die grösste Dicke 2½ Zoll. Die Oberfläche der Geschwulst war bräunlich-bläulich. Die Haut drüber wurde nach einigen Wochen dunkler, verdünnte sich und brach endlich mit einer feinen Oeffnung auf, aus der sich dunkle bräunlich-rothe syrupartige Flüssigkeit entleerte; so hoben sich noch mehr Cysten,

spitzten sich zu und entleerten sich. Nach 8 Wochen war keine Fluctuation mehr. Ein halbes Jahr später starb das Kind an den Pocken und Wernher konnte sich von der vollständigen Heilung des Hygroms überzeugen.

Dieselbe Krankheit wurde von den verschiedenen Autoren verschieden benannt: von Ebermayer als eigentliche Blutgeschwulst am Halse bei Wutzer und Völkers als Hygroma cellulosum colli, bei Otto als Struma cystica congenita, bei Droste als Hygroma cellulosum cysticum, bei Ammon als Hygroma colli cysticum, bei Redenbacher als ranula congenita.

Wernher hält den Namen Hygroma cysticum congenitum für den zweckmässigsten. Er glaubt, dass es an allen Stellen und in allen Organen des Körpers vorkommen kann. Besonders häufig ist es an der vorderen Fläche des Halses, dann in der Nackengegend, dann in der Achselgegend bis über den ganzen Vorderarm, die Brust und den Rücken; auch an dem untersten Ende des Rumpfes, der Sacral- und Prinealgegend (Hygroma cysticum colli, cervicale, axillare, perineale und sacrale).

Von dem Hygroma cysticum congenitum axillare waren ihm nur wenige Beispiele bekannt. Den ausgezeichnetsten Fall liefert Sandifort (De singulari membranae cellulosae degeneratione in observationes anatomica-patholagicae lib. IV cap. 2 pag. 21). Ausserdem finden sich Beschreibungen bei C. Hawkins (London medico-chirurg. transactions vol. XXII pag. 236) und Tofft (Otto, Bibliothek for Laeger 1839).

Die Beobachtuug Sandiforts ist die am genauesten mitgetheilte. Die Mutter war im III para. Das Kind hat noch 3 Wochen gelebt. Brust. Rücken und besonders die Arme bis zur Ellenbogengegend sind von einem grossen Tumor eingenommen, der der oberen Körperhälfte ein sehr unförmliches Aussehen gab. Er war auf der linken Seite noch etwas grösser als auf der rechten, bedeckte hier die ganze vordere Fläche der Brust, Schulter und Achselhöhle, an welcher der Arm mehr als die doppelte Dicke des Schenkels hatte und den Rücken bis zur Wirbelsäule. Auf der rechten Seite war die Geschwulst besonders auf der vorderen Brustfläche etwas weniger beträchtlich, sonst der linken gleich. Sowohl auf der Brust als auf dem Rücken verflachte sich die Geschwulst nach der Mittellinie des Körpers zu, so dass sie eigentlich aus zweien, einer rechten und einer linken, zusammengesetzt ist.

Gleicher Art scheint die Geschwulst gewesen zu sein, welche Tofft beschreibt. Sie nahm nur die rechte Brustseite ein, welche sie mit ihrer weichen Masse bedeckte. Trotz mehrfacher Punction füllte sich die Cyste wieder, schliesslich trat jedoch Heilung ein nach Bildung furunkelartiger Geschwüre.

Hawkins erwähnt ebenfalls eine Geschwulst, die die ganze Achselhöhle eingenommen, sich über den Nacken und längs des Armes erstreckt und die Brustmuskeln in die Höhe gehoben.

Bei der Achselgeschwulst von Sandifort lagen die einzelnen Cystenconvolute nicht blos im Zellgewebe unter der Haut, sondern verbreiteten sich auch unter die Wirbel der Brust, der Achsel und des Rückens. Die grösseren Cysten lagen immer nach aussen und bedeckten häufig die kleineren.

Von sehr ungleicher Beschaffenheit waren die Wandungen der Cysten in Sandifort's Axillarhygrom; die kleineren waren meist zart, während die grösseren oft beinahe von knorpeliger Härte waren.

Der Inhalt der Cysten war theils gelblich, theils hell, aber auch roth wie Blut und von schwarzer Farbe, theils wieder dünnflüssig und in dicht dabei liegenden dickflüssig, gelatinös.

Die Cervicalgeschwulst fanden Otto und Meckel immer mit klarem Serum gefüllt. Die auffallende Thatsache, dass die Geschwülste, welche den hinteren und seitlichen Theil des Nackens einnehmen nur bei zu früh geborenen, nicht lebensfähigen Kindern, diejenigen dagegen, welche an dem vorderen Theil des Rumpfes und Halses ihren Sitz haben, fast nur bei reifen und lebensfähigen vorkommen, ist bis jetzf nicht zu erklären. Freilich wurde von Otto und Meckel darauf aufmerksam gemacht, dass bei den zu früh geborenen, namentlich an den Brust und Baucheingeweiden, öfters andere Missbildungen vorkamen. Auch wurde schon damals die Beobachtung ge-

macht, dass diese angeborenen Hygrome häufiger bei weiblichen Früchten vorkommen; ebenso gehörte auch die grosse Geschwulst, die Sandifort an Schulter und Brust beobachtet, nur Mädchen an. Es scheint also das weibliche Geschlecht mehr für die angeborenen Cystenhygrome disponirt zu sein mit Ausnahme derer, die an der vorderen Fläche des Halses auftreten, wobei es nicht so auffallend ist. Sie können bei sonst ganz normalen Kindern vorkommen.

Wernher macht auch darauf aufmerksam. dass die angeborenen Cystenhygrome, besonders die am unteren Ende des Stammes, so gross sein können, dass sie ein beträchtliches Hinderniss abgeben. Da die Geschwülste im Nacken nur bei zu früh geborenen nicht ausgetragenen Kindern vorkommen, werden sie weniger ein Hinderniss abgeben, auch ist von den Hygromen am Halse nichts bekannt geworden.

Dagegen erwähnt er mehrere Fälle von „Perinealhygromen", wo die Geburt erst zu Stande kam, nachdem der Inhalt des Sackes entleert. (Beobachtungen von Osiander, Gemmil und Saxtorph). Auch Sandifort giebt an, dass bei dem Falle von Axillarhygrom die Geburt dadurch erschwert gewesen sei.

Die angeborenen Cystenhygrome am Halse bedrohen zuweilen, trotz ihrer Grösse, die Lebensfunction nur wenig (wie bei den Kröpfen). Die angeborenen Cystenhygrome der Nackengegend sind bis damals nur bei todtgeborenen Kindern gesehen worden.

Wernher betrachtet die angeborenen, wie die Cystenhygrome überhaupt, in ihren mannigfachen Varietäten als „pseudoplastische Neubildungen", die unabhängig von der Entwickelung des Foetus und von irgend einem Organ entstehen sollen.

Das Versehen der Mutter, Erblichkeit, mechanische Störungen entbehren nach seiner Ansicht jeden wissenschaftlichen Werthes.

Ferner demonstirte E. Martin (Monatsschrift für Geburtskunde XX, pag. 170, 1862, „Kind mit mehrfachen Cysten etc.") ein todtgebornes reifes männliches Kind einer VI para mit mehrfachen Cysten am Halse, unter beiden Achseln und in der Gegend der Brustdrüse, nebst Verunstaltung der Fusszehen und Finger und blaurother Färbung der Oberschenkel und Bauchdecken.

Kurz bis vor der Geburt lebte das Kind. Unter regelmässigen Wehen verlief die Geburt gut, nur die Schultern zögerten und mussten von der Hebamme mit einiger Mühe extrahirt werden. Das Kind gab kein Lebenszeichen von sich. Die Nabelschnur, die sehr dick, ödematös sulzig, riss bei Entfernung der Nachgeburt ab. Die Placenta folgte leicht, war gross, dünn, sehr blass. An der uterinen Fläche der placenta war eine grössere fibröse Schwarte, die auf dem Durchschnitt eine mit geronnenem Blut gefüllte Höhle zeigte.

Die männliche Frucht war folgendermaassen beschaffen: Ueber den ganzen Körper verbreitet sind an verschiedenen Stellen taubeneigrosse fluctuirende Geschwülste mit normaler Haut. Beim Einschneiden zeigen sich dieselben als Cysten mit gelblichem Serum. Der rechte Arm war ziemlich stark, der dritte und vierte Finger überschritten bedeutend die normale Grösse. Linker Arm und linke Hand waren etwas kleiner, nur der Zeigefinger war stark vergrössert.

Die Haut der unteren Körperhälfte war dunkelblauroth verfärbt (ectatischer Zustand der Hautgefässe). An den Waden waren grössere Cysten mit klarem, bräunlichem und mit hämorrhagischem Inhalte vorhanden. An den Füssen war jederseits nur ein grösserer Zehen (dem ersten entsprechend) und ein kleinerer.

Es waren Abnormitäten an dem Gefässsystem vorhanden: beide Art. ilias ext., namentlich aber die femorales waren auffallend klein, während beide Venae iliacae sehr weit waren. Von der linken Vena iliaca ging ein weiter Stamm aus, der nach Aufnahme der linken Nierenvene entsprechend der

Hemiazygus in die Brusthöhle emporstieg und mündete in die v. subclavia sinistra. Auch rechterseits waren Abnormitäten im Verlaufe der Venen vorhanden.

In der Discussion wurde die Erkrankung verschieden genannt: E. Martin hält es für ein Cystosarcom, Gurlt für ein Cystohygrom, von Recklinghausen für ein Cystomyxom.

Auch A. Martin erwähnte in seiner Arbeit über „Geburtserschwerung durch missgestaltete Früchte" (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1877, I pag. 51) einen Fall im Juni 1875. Das 2120 Gramm schwere todte Mädchen war normal entwickelt mit Ausnahme des rechten Beins, der Schamgegend, der rechten Bauch- und Thoraxhälfte, wo sich bei Druck leicht entleerende Anschwellungen befanden. Die Grösse der Cysten nahm nach dem Fusse zu ab.

A. Martin fasst die Neubildung als ein Angioma subcutaneum et cutaneum auf; er zählt dieses Angiom zu den lipogenen, die häufig vom Unterhautzellgewebe auf die cutis übergreifen sollen.

P. Guttmann (Berliner klinische Wochenschrift 1890, No. 9) beschreibt ein kindskopfgrosses Lymphangioma cavernosum in Gesicht und am Hals eines Neugeborenen. Hier trat zwar kein Geburtshinderniss ein, Kind starb jedoch vier Tage nach der Geburt trotz völlig normalem Befinden.

Hierzu kommt der Fall von P. Strassmann (vorgestellt in der Ges. für. Gyn. in Berlin, 13. Januar 1893 und ref. C. f. Gyn. 1893 No. 8). Ein von der rechten Seite des Halses ausgehender cystischer Tumor wurde zum Geburtshinderniss. Punction mit scheerenförmigen Perforatorium (7—800 Flüssigkeit entleert). Kind starb 20 Minuten post partum. Geschwulst ist 19 cm lang, 13 cm breit, weich, cystisch. Es handelte sich um ein Hygroma colli (Lymphangiectasia colli cystica congenita). Es bestand Oedem der placenta.

Der schon erwähnte Fall von Dr. von Wörz (C. f. Gyn. 1894 No. 5, pag. 118) betraf Lymphangioma subaxillare als Geburtshinderniss.

II para, II Querlage, I position. Normales Becken, Wendung. Schon das Herabziehen des Steisses bis zur Geburt des Nabels erforderte viel Kraft, den Rumpf weiter herabzuziehen, setzt sich aber ein enormer Widerstand entgegen. Die linke Thoraxhälfte blieb über der Symphyse hängen, Armlösung ebenfalls sehr schwer. Man bemerkte, dass das Geburtshinderniss in einer grossen Geschwulst bestand, die die ganze linke Schulter in die Höhe drängte und dass ein Theil dieser Geschwulst noch über dem Becken gelegen war. Bei fernerm kräftigen Ziehen und Druck von aussen auf die Bauchdecken gelang es langsam zu entwickeln. Kind war jedoch dabei abgestorben.

Der linken Thoraxhälfte sass seitlich eine über kindskopfgrosse mit etwas verdünnter aber normaler Haut überzogene Geschwulst auf, die bis zum Darmbeinkamme schlaff herabhing. Die Geschwulst fluctuirte und in der Höhe der zehnten Rippe lag die dieselbe bedeckende Haut in einer scharfen Falte neben dem Thorax an. Es war keine Communication mit dem Pleuraraum vorhanden. Der Umfang des Thorax war bei in gleicher Höhe gebrachten Schulterblättern 46 cm. Die Section von Prof. Kolisko

ausgeführt zeigte, dass die Geschwulst eine über mannesfaustgrosse, klares Serum enthaltende, von einer seroseartigen Wand ausgekleidete solitäre Cyste war, in deren Umgebung kleinere erbsengrosse Cysten sich befanden. Das subcutane Gewebe, unter dem die Cystenmasse lag, war stark fingerdick ödemateus.

Der von Wörz am Schluss seiner Arbeit, als einziger ähnliche aus der ganzen Litteratur erwähnte Fall von Malcolm Mc Lean (Americ. journal of obstetr. 1888 April) war ein fast kindskopfgrosses Lymphangiom des linken Oberarmes, welches ebenfalls ein Geburtshinderniss abgegeben hatte. Der Kopf des Kindes war geboren und jetzt stockt die Geburt. Es wurde dann der rechte Arm entwickelt. Trotzdem folgt das Kind nicht gleich. Schliesslich wurde es nach dem Mechanismus der Selbstentwickelung geboren, nachdem zuerst der Steiss bei einer kräftigen Wehe ins Becken getrieben und zuletzt folgte der stark aufgetriebene Arm. Das Lymphangion war mit ausgedehnten Hämorrhagien, wohl hervorgerufen durch die Extraction, versehen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch das hochinteressante Buch von J. W. Ballantyne erwähnen: The diseases and deformities of the foetus: an attempt towards a system of antenatal pathology vol I. Edinburgh 1892.

Durch dieses Werk wollte Ballantyne einem fühlbaren Mangel abhelfen, da noch kein ähnliches bestehe. Er hofft, durch genauere Kenntniss den intrauterinen Erkrankungen des Fötus bis zu einem gewissen Grade vorbeugen zu können, eventuell dieselben auch rechtzeitig diagnosticiren und behandeln zu können. Sehr ausgedehnte ausführliche Mittheilungen giebt er über die Elephantiasis congenita, wovon er 18 Fälle aus der Litteratur gesammelt hat und einen Fall selbst genauer geschildert.

Er beschreibt die Krankheit folgendermassen: „Die Elephantiasis congenita cystica universalis muss vorläufig als eine sehr seltene Erkrankung des Foetus angesehen werden, welche hauptsächlich das Unterhautzellgewebe einnimmt mit allseitiger Ausdehnung und Bildung von Cysten verschiedener Grösse mit klarem, serösem oder molkenähnlichem Inhalt. Die Erkrankung kann das gesammte Unterhautzellgewebe des Körpers einnehmen, doch ist sie öfter auf eine bestimmte Körpergegend beschränkt, z. B. auf die des Kopfes. Ob sie auf einem chronischen entzündlichem Oedem oder auf Lymphstauung beruht muss nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse noch unentschieden bleiben.

Ballantyne bemerkt, dass der Name Elephantiasis congenita cystica für verschiedene Krankheitszustände gebraucht wurde, das characteristische, die Hyperplasie, fehle jedoch in mehreren beschriebenen Fällen.

In dem Esmarch-Kulenkampf'schen Atlas ist eine sehr schöne Abbildung von Elephantiasis congenita des Beines enthalten. Beide Autoren besprechen darin sehr genau diese Krankheitsformen. Erwähnt wird von ihnen, dass trotz vielfachen Beobachtungen von angeborenen Geschwülsten der Sacralgegend keine mit Sicherheit als Lymphangiom bezeichnet werden konnte; erst Waldeyer hat ein solches mit Sicherheit nachgewiesen.

Ich gebe nun zunächst die Krankengeschichte des Falles vom congenitalen Lymphangiom, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte:

28jährige gracile Schuhmachersfrau Ipara, die früh laufen gelernt haben will und abgesehen von einem Ausschlag im Gesicht nie krank war. Der Ehemann hat keine Lues gehabt und will auch, abgesehen von Koliken nie krank gewesen sein. Letzte Regel 10. Juli 1896, Wehenbeginn 21. April 1897 5 a. m., Wasserabfluss Abends zuvor, schleichend. Geburt 22. April 1897 2 a. m.

Die am 12ten Tage des Wochenbetts vorgenommene Beckenmessung ergab:

Sp. J. 27.
Cr. J. 28.
D. B. 16,5.

Cong. diagonalis wurde wegen des puerperalen Zustandes nicht gemessen.

Hebeamme, die Abends zuvor 1/2 9 Uhr gerufen, constatirt, dass der Kopf im Becken und der MM. erweitert. Sie schickte zu einem Arzte, welcher gegen 12 Uhr den forceps wegen Ausbleibens der vierten Drehung anlegte. Die Entwickelung des Kopfes soll sehr schwer gewesen sein, es gelang jedoch ohne Dammriss. Nachdem nun der Kopf geboren, war trotz starken Ziehens die Frucht nicht zu entwickeln, sie starb vielmehr bei diesen Manipulationen ab. Als nun der College mit stärkerer Kraftanwendung zog, riss schliesslich die Wirbelsäule ab und der Kopf hing nur noch an der lang gezogenen Haut des Halses, die auch schon an einer Stelle eingerissen.

Um nun eine weitere Handhabe zur Extraction zu haben, holte der College den linken Arm herab, wobei ein kleiner Dammriss und ein Risschen neben der Harnröhre entstand. Auch trotz Ziehens an dem Arme gelang die Entwickelung der Frucht nicht.

Als ich gegen 3/4 2 Nachts hinzugerufen, fand ich obigen status. Nachdem alles angewandte erfolglos geblieben, musste man, wie der College auch vermuthete, an ein abnormes Hinderniss denken, was durch eine abnorme Grösse des kindlichen Körpers, speziell des Rumpfes, wohl hervorgerufen würde. Der stark verdickte Oberarm lag in der vagina, der Unterarm mit Hand vor der vulva. Um nun möglichst schonend zu entbinden und kein Weiterreissen des Dammrisses hervorzurufen, steche ich mit dem scheerenförmigen Perforatorium in den Oberarm, es entleert sich eine seröse Flüssigkeit und ich kann nun leicht constatiren, dass oberhalb der linea innominata ein straff gespannter Tumor liegt, der von der kindlichen Brust ausgeht. Hier steche ich nun ebenfalls mit dem Perforatorium und es entleert sich eine grössere Menge chocoladefarbiger Flüssigkeit. Mit dem Perforatorium zertrenne ich noch durch Höherhinaufschieben einige Septen, worauf noch Flüssigkeit nachsickert. Jetzt lässt sich nun leicht an dem Arm die Frucht extrahiren.

Placenta 3/4 Stunden p. partum durch Expression vollständig und normal. Lösung nach Schultze.

Ich fühle zur Sicherheit nach, ob keine Uterusruptur stattgefunden, was glücklicherweise nicht der Fall.

Zum Schluss vaginale und uterine 1 % Lysolspülung.

Fieberfreies Wochenbett.

H. T. am 1. Tage Abends 37,9 puls 76.

Die am andern Morgen vorgenommene Untersuchung der todten Frucht zeigte, dass dieselbe eine Länge von fast 48 cm hatte. Das Kind war zwar nicht besonders kräftig entwickelt, hatte jedoch ausser der Anschwellung des linken Arms und der linken Brusthälfte keine nachweisbaren Anomalien ausser dem Fehlen der linken Brustwarze. Die Haut zeigte in der ganzen Ausdehnung der Anschwellung an der Brust eine bläuliche Verfärbung (Stauungserscheinungen durch Druck der Cysten) und auch geringe Macerationserscheinungen.

Zur genaueren Untersuchung gelangte nur der aus dem Schultergelenk exerticulirte Arm und hatte Privatdocent Dr. Saxer in Marburg die grosse Liebenswürdigkeit denselben einer genaueren Untersuchung zu unterziehen und mikroskopische Schnitte anzufertigen.

Der an der linken Brusthälfte befindliche Tumor, über dem die Haut schlaff und cyanotisch verfärbt war, konnte leider nicht mit dem Cadaver selbst einer genaueren Untersuchung unterzogen werden. Die bei der Exarticulation des Armes vorgenommene partielle Section der Brustseite zeigte jedoch, dass die an der Seite befindlichen hühnereigrossen Cysten nach der Medianlinie immer kleiner wurden. Ueberhaupt schloss die Neubildung hinten genau mit der Wirbelsäule, vorne am linken Sternalrand, unten mit einer Linie, etwas oberhalb des Nabels gehend, an dem Rippenbogen genau ab. Nach oben reichte die Geschwulstbildung bis unterhalb der clavicula, und wie schon hervorgehoben, fehlte die Brustwarze dieser Seite vollständig.

Der Umfang über der Brust unterhalb der Schulter ohne Arme gemessen betrug nach Entleerung der Cysten durch die Paracentese 44—45 cm.

Die Brustmuskulatur war vollständig normal, die Cysten waren entschieden nur über derselben, durchdrangen dieselbe keinesfalls. Auch hier waren dieselben Septen mit den darin befindlichen Lücken, wie die am Arme genauer beschriebenen. Um das Schultergelenk waren ebenfalls vereinzelte Cysten, jedoch besassen dieselben nur die Grösse von Haselnüssen.

Die Länge des humerus beträgt circa 10 cm, die der ulna von der höchsten Stelle des olecranon bis zum processus styloideus circa 9 cm, die Hand erscheint wohlgebildet; die Nägel überragen die Fingerspitzen; die Knochen, die sich durch die weichen schlaffen Bedeckungen leicht abtasten lassen, erscheinen überall ohne Veränderungen.

Haut und Unterhaut sind im Bereiche des Unterarmes und ganz besonders in dem des Oberarmes eingenommen durch eine sehr umfangreiche und eigenthümliche Geschwulstbildung. Die ursprünglichen Verhältnisse sind (abgesehen von den durch die Conservirung bedingten Veränderungen) nunmehr stark alterirt dadurch, dass die Hauptmasse der Geschwulst, welche den ganzen Oberarm umgreift und am mächtigsten nach hinten zu entwickelt ist, durch einen langen, hauptsächlich an der Innenseite verlaufenden Schnitt eröffnet ist. Diese Geschwulst bildet einen mächtigen, jetzt völlig zusammengesunkenen Sack, dessen Aussenwand durch die mit zahlreichen Fetträubchen besetzte Haut gebildet wird, während die innere Begrenzung durch die Muskelfascien (mit ebenfalls diesen noch vielfach anhängenden Fetträubchen) erfolgt. Der Umfang des Oberarms betrug im Bereiche der grössten Geschwulstentwickelung (nach der Incision gemessen) 19—20 cm, hat aber vorher sicher noch mehr betragen. Es ist unter den vorliegenden Verhältnissen natürlich blos eine ganz ungefähre Schätzung möglich. Dieser Sack birgt keine einheitliche Höhlung, sondern ist durchzogen von sehr zahlreichen, zwischen Aussen- und Innenwand ausgespannten zarten, durchscheinenden bindegewebigen Septen, welche durch weite Lücken unterbrochen sind, welche die verschiedenen Hohlräume miteinander in weite Communication setzen.

Diese eigenthümliche grosscystische Beschaffenheit des Unterhautgewebes setzt sich dann unmittelbar fort auf die Haut der Achselhöhle.

Hier finden sich ausserdem mehrere ganz abgeschlossene ca. haselnussgrosse cystische Gebilde mit z. Th. deutlichen blutigem Inhalte.

Nach abwärts reicht der eben beschriebene aus communicirenden, grossen cystischen Hohlräumen gebildete Sack ungefähr bis an die Basis des olecranon, hieran schliesst sich dann unmittelbar eine hauptsächlich an der Rück- und Ulnarseite des Unterarms entwickelte, ebenfalls aus communicirenden Cysten bestehende, noch nicht eröffnete Geschwulst von der Grösse eines kleinen Apfels, die sich mit der Einstichkanüle leicht prall füllen lässt und nun ganz allmählich wieder kleiner wird (also keine grössere Communication mit der grossen Höhle besitzt).

Kleinere Cystenconglomerate finden sich dann anf der Volarseite des Vorderarms.

Der Umfang am obersten Abschnitt des Unterarms beträgt bei starker Füllung der Cyste fast 15 cm. Mikroskopisch wurde von Dr. Saxer im pathologischen Institut zu Marburg ein Stück der Wand des grossen Sacks und ein Abschnitt der oben erwähnten abgeschlossenen cystischen Tumoren der Achsel untersucht.

Die Untersuchung der Wand der grossen Cyste bestätigt den schon makroskopisch leicht erkennbaren Sitz der Hauptcyste im Unterhautgewebe. Ausserdem finden sich aber auch stark dilatirte Spalten im Gewebe der eigentlichen cutis. Die kleineren Hohlräume sind mit einer zarten Endothelschicht ausgekleidet, die an einigen (wie es scheint wenigen) riesenzellenartige Gebilde, die in den Hohlräumen liegen, zeigt (ganz entsprechend den nun schon mehrfach erhobenen Befund bei der sog. Gascyste des Darms, der Scheide (Colpitis emphysematosa) u. s. w.

Der Leipziger Dermatologe, Professor Riehl, dem ich die Präparate gezeigt, hielt die Geschwulstbildung ebenfalls für ein Lymphangioma cystoides. Nach seiner Ansicht entstehen diese riesenzellenartigen Gebilde durch eia Zusammensintern des Endothels, das abgelöst und theilweise degenerirt ist.

Die Haut erscheint (durch die starke Ausdehnung) insofern verändert, als der Papillarkörper ganz verstrichen und die Epidermis etwas verdünnt erscheint. Die einzelnen Gebilde (Schweiss-, Talgdrüsen, Haare, Blutgefässe) zeigen im Uebrigen nichts Auffallendes.

Die Cysten in der Achselhöhle enthalten an die Cystenwand anliegend Haufen von zum grössten Theil degenerirten Lymphkörperchen, offenbar Sediment aus dem Cysteninhalt.

In den grösseren Cysten ist eine deutliche Endothelauskleidung meist nicht nachweisbar.

Es erscheint demnach als das wahrscheinlichste, dass die ganze Tumorbildung aus einer Neoplasie der Lymphgefässe und Dilatation derselben, ebenso der Lymphspalten hervorgegangen ist.

Das Merkwürdigste ist die Bildung jenes (anscheinend bis jetzt noch nicht beschrieben?) mächtigen, durch die Vereinigung der ad maximum dilatirten (und wahrscheinlich durchgebrochenen Cysten) entstandenen Sacks, welcher fast den ganzen Oberarm umgiebt. Nach Wegner muss man die Bildung als Lymphangioma cystoides bezeichnen.

Was die Aetiologie betrifft, so ist der Fall dazu nicht geeignet, darüber Klarheit zu gewinnen.

Die Besonderheit des Falles liegt in der Bildung des grossen Sackes, der aus der Vereinigung der grossen dünnwandigen cystischen Räume hervorgegangen, während das gewöhnliche Lymphangioma cavernosum mehr eine wabenartige Beschaffenheit, sehr viel kleinere Hohlräume und dichtere Septen besitzt. Es fehlt, wie schon bemerkt, die linke Brustwarze vollständig, während die rechte vollständig normal vorhanden war; es war auch links keine Andeutung der Brustwarze da. Dies muss als eine äusserst seltene Abnormität betrachtet werden. Förster sagt hierüber folgendes: Mangel einer Mamma kommt sehr selten vor. Scanzoni sah in zwei Fällen, bei übrigens wohlgebildeten Personen, Mangel einer Mamma in Verbindung mit Mangel des Ovariums der entsprechenden Seite. In drei Fällen (Froriep, Ried, King) wurde Defect einer Mamma in Verbindung mit defecter Bildung der Brustmuskeln

und selbst der Rippen der entsprechenden Seite beobachtet. Ausserdem kommt zuweilen auch Mangel oder verkümmerte Bildung beider oder einer Brustwarze bei Weibern mit wohlgebildeter oder verkümmerter Mamma vor. Von Mangel der männlichen Brustdrüsen oder Warzen ist Förster kein Fall bekannt gewesen.

Diese Hautmissbildungen, die wesentlich durch eine pathologische Neubildung des Lymphgefässsystems charakterisirt sind, haben ihren Sitz theils im corium selbst, theils im subcutanen Gewebe oder in beiden zugleich. Die Neubildung ist entweder auf bestimmte Gebiete beschränkt oder verbreitet sich in grösserer Ausdehnung selbst über den ganzen Körper. Bilden sie umschriebene Tumoren, bezeichnet man sie als Lymphangiome, z. Th. auch als Cystenhygrome. Zwischen diesen Lymphangiomen und der sogenannten Elephantiasis congenita ist differentialdiagnostisch der Mangel der Betheiligung der bindegewebigen und muskulären Elemente der Haut in der Hyperplasie entscheidend.

Nach von Winiwarter sind die Lymphgefässgeschwülste der Haut im Ganzen seltene Vorkommnisse und bestehen im Wesentlichen aus einem bindegewebigen mit Endothel ausgekleideten Maschen- und Fachwerke, in dessen Lücken Lymphe enthalten ist.

Fast jeder einzelne Fall bietet besondere Eigenthümlichkeiten dar.

Nach Virchow handelt es sich bei den Lymphangiomen keineswegs nur um einfache Ectasie gewöhnlicher Lymphgefässe sondern zum Theil um Hyperplasie mit Ectasie der alten, zum Theil um eigentliche Neoplasie von Lymphgefässen.

König sagt, während cavernöse Lymphangiome im Gebiete der Achselhöhle offenbar nicht ganz selten sind und ein Theil der Exstirpation leicht zugängig ist, gehören die Neoplasmen der Weichtheile der Thorax, abgesehen von den Brustdrüsengeschwülsten, nicht gerade zu den häufigen Ereignissen. Er erwähnt auch das Vorkommen von Lymphangiomen, die sich von den Lymphgefässen der Achselhöhle nach dem Pectoralis hin erstrecken.

Nach Virchow ist am bekanntesten das Lymphangiom, welches dem Aneurysma cirsoides entspricht und früher unter dem Namen cirsus (C. Gräfe) oder Myzeurysma (Kluge) ging. Man bezeichnet es am besten als Lymphangioma racemosum. Virchow erwähnt den Fall von Amussat, den Breschet hat abbilden lassen (ein colossaler Tumor). (Breschet: le système lymphatique considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique. Paris 1836, pag. 261, Pl. IV.)

1877 veröffentlichte Wegner (Archiv für klinische Chirurgie XX. S. 641) mikroskopische Untersuchungen verschiedener Lymphangiome. Er unterschied ein:

Lymphangioma simplex.

L. cavernosum, wozu die meisten aller Lymphgefässgeschwülste gehören. Die Tumoren variiren in der Grösse einer Wallnuss bis zu einem Kindskopf, sind meist faustgross. Die Cysten sind meist makroskopisch sichtbar und haben verschiedene Grösse. Theils angeboren, theils später auftretend.

Lymphangioma cysticum (cystoides). Es sind dies die hochgradigsten Entartungszustände. Es gehören dazu die Cystenhygrome des Halses und Nackens. Confer. Lücke (Handbuch der Chirurgie und Köster (Würzburger Verhandlungen 1872, III.).

Auch hat 1890 Dr. A. Schmidt aus der Klinik des Prof. Dr. Doutrelepont in Bonn im Archiv für Dermatologie und Syphilis zwei Fälle von Lymphangioma simplex genauer beschrieben und ebenfalls die Wegner'sche Arbeiten berücksichtigt.

Wegner hatte auch Blut in manchen Lymphangiomen gefunden und nahm an, dass dies durch Zerreissung der Blutgefässwände entstanden. Man müsste dann diese Fälle als Hämatolymphangiom bezeichnen; dies hat auch Török constatirt, indem er directe Verbindung zwischen den Lymphgefässen und Blutcapillaren beobachtete.

Professor Riehl war so liebenswürdig mir mitzutheilen, dass er selbst beobachtet, wie über Nacht aus einem gewöhnlichen Lymphangiom ein Hämatolymphangiom entstanden. Auch zeigte er mir die diesbezüglichen mikroskopischen Präparate.

Aschoff sagt in den[1]) „Ergebnissen der allgemeinen Pathologie", dass auch jetzt über die Ursachen der Cystenbildungen der cutis die Ansichten noch ebenso weit auseinandergehen, wie für die Bildung der cavernäsen Lymphangiome überhaupt. Da cutane Cystenbildung mit tieferliegender Lymphangiombildung öfter verbunden sind, so müsste die Ursache auch eine gemeinsame sein. Stauungen und Entzündungen wären allein nicht massgebend. Die meisten Fälle wiesen auf angeborene Anlage hin. Nach Török müsse man eine angeborene grössere Wachsthumsenergie der Angioblasten der betr. Gegend annehmen, diese sei die Ursache der Cystenbildung.

Auch bei den Cysten der subcutis spez. den sog. Cystenhygromen seien wir trotz aller Untersuchungen von Wegner, Gurlt, Köster zu einer befriedigenden Erklärung dieser Geschwülste nicht gekommen. Wir wüssten nur, dass es sich um cystische Lymphangiome handelt, welche aus solitären oder multiloculären Cysten bestehen können. Diese sässen nicht subcutan, jedoch könnten auch die Lymphbahnen der Haut durch miliare Cystenbildung an dem Prozess Theil nehmen (von Lesser, Schultes). Ueber Arbeiten und casuistischen Mittheilungen von Gjorgjevis, Bryk, Burow hätten neuere Untersucher (A. Schmidt, Nasse, von Lesser, Ritschl,

---

[1]) Lubarsch-Ostertag. II. Jahrgang. I. Abtheilung. Wiesbaden 1897.

von Winiwarter, Bayer) die Genese dieser Geschwülste zu ergründen gesucht. Es existiren 2 Theorien: handelt es sich um Stauung der Lymphe oder um Lymphgefässneubildung.

Die Theorie der Lymphgefässneubildung sei wohl die richtige. Da Langhans in seinem Falle die abführenden Lymphgefässe offen gefunden hat, so konnte natürlich die Stauung nicht die Ursache der Tumorbildung sein. Nasse sagt, wenn bei fehlerhafter congenitaler Anlage einzelne Lymphgefässe abgeschlossen würden, entständen die Cystenhygrome, während bei Neubildung die Lymphangiome hervorgingen. Ritschl sagt, dass bei der Lymphgefässneubildung noch ein Hinderniss für den Abfluss existiren muss, aus der Neubildung allein sei die Erweiterung nicht zu erklären.

Aschoff meint, es können, wenn auch der Abfluss frei sei, eine zu starke Lymphsecretion in dem neugebildeten Gewebe die cystische Erweiterung und dadurch secundärer Verschluss hervorgerufen werden.

Prophylactisch wird nichts geschehen können, denn wir wissen eigentlich nicht, wodurch diese Geschwülste entstehen. Weder Erblichkeit, noch mechanische Einflüsse kann man mit Sicherheit beschuldigen. Möglich ist, dass die Erkrankung noch am ersten mit der Skrophulose in Beziehung zu bringen ist.

Mit Lues scheint aber kein Zusammenhang zu bestehen.

Im vorliegenden Falle wurde an der Frau selbst die Missbildung mit Versehen in Zusammenhang gebracht. Sie habe ganz im Anfange ihrer Schwangerschaft in einer Wirthschaft eine Frau mit einem Kinde gesehen, das einen Ausschlag im Gesichte gehabt hätte.

George Hacket[1]) und J. W. Ballantyne[2]) gaben die Möglichkeit eines äussern Zusammenhangs zu und betonen als nächste Aufgabe die weitere Zusammenstellung von gut beobachteten Fällen.

Die richtige Diagnose werden wir kaum vor der Geburt stellen können, ja wir können eine solche Aberratio der Natur kaum vermuthen, wenigstens bei den kleinen Geschwülsten ist es absolut unmöglich; bei grösseren Anschwellungen werden wir sie dann aber auch erst stellen, wenn das Geburtshinderniss wirklich eingetreten. Dies ist auch bei den veröffentlichten Fällen der Fall gewesen, ebenso war es in den von mir beobachteten. Auf alle Fälle soll man aber daran denken, wenn ein grösseres Hinderniss auftritt. Denn die Prognose ist um so ungünstiger für die Mutter, je mehr Operationsversuche gemacht wurden. Sonst ist dieselbe ja für die Mutter nicht ungünstig, vorausgesetzt natürlich, dass unter antiseptischen Cautelen vorgegangen.

Auf das Kind brauch insofern wenig Rüchsicht genommen werden, da ein grosser Theil derselben unreif geboren wird.

---

[1]) George Hacket (Glasgow), Missbildungen aus Versehen und Erregungen der Mütter, im med. Journ. 1892, Januar.

[2]) J. W. Ballantyne (Edinburg), 13 gesammelte Fälle von Versehen der Mütter in Edinburg, med. Journ. 1892, Mai.

Anderntheils soll man auch bei lebenden Kindern Rücksicht auf dasselbe nehmen, da ja, wie uns Wernher gezeigt, die grössten Cystenhygrome ausheilen können; andere wieder durch eine Operation geheilt werden können, wenn sie nicht über zu grosse Strecken ausgedehnt sind.

Nun zum Schluss die Therapie.

Auch hier ist das suprema lex der Geburtshilfe „abwarten" am Platze, bis Gefahren für Mutter und Kind sich zeigen.

Zeigt sich das Hinderniss, kann man ruhig etwas grössere Kraft anwenden. Es zerreissen dann entweder die Cysten oder es entwickelt sich so die Frucht. Allzu grosse Gewalt anzuwenden, möchte ich widerrathen. Man sehe zu, wie die Schultern stehen.

Auf einen Fehler möchte ich hinweisen, den ich nicht allein bei jungen Anfängern, sondern auch öfters bei älteren Collegen beobachtet, dass sie nämlich nach Geburt des Kopfes nicht in der Richtung nach dem Damme zu ziehen, sondern den Kopf nach der Symphyse drücken. Es ist mir schon öfters gelungen, leicht ein Kind nach der Geburt des Kopfes so zu entwickeln, wobei der Betr. sich colossal angestrengt hatte und schweisstriefend es doch nicht vollenden konnte. Man darf nicht eher nach vorne ziehen, bis die vordere Schulter sich unter der Symphyse angestemmt hat.

Geht es aber dann nicht, forcire man nicht allzusehr, sondern überzeuge sich, eventuell in Narkose, von dem Hinderniss genauer. In dem von mir beobachteten Falle hatte der College schon deshalb die Zange angelegt, weil der Kopf absolut nicht weitergerückt. Er wurde deshalb mit der Zange entwickelt und als trotzdem es nicht weiter ging, wurde von ihm weiter gezogen, bis schliesslich die Wirbelsäule abriss.

Es ist richtiger, bei obigem Hinderniss und lebendem Kinde mit einem Troicart zu punctiren und dadurch die Flüssigkeit abzulassen. Ist das Kind abgestorben, nehme man die Paracentese mit den scheerenförmigen Perforatorium vor.

Fliesst dann noch nicht genügend ab, gehe man nach Erweiterung der Einstichsöffnung ein und zertrümmere eventuell die Septen.

Ist der Kopf abgerissen, unterlasse man besser die Wendung, obgleich Olshausen in einem Falle den blos durch Weichtheile mit dem Rumpf zusammenhängenden Kopf decapitirte und dann die Wendung anschloss.

Man kann auch, um den Umfang des Rumpfes zu verringern, einen Arm herabheben und, falls dieser vergrössert, die Paracentese derselben vornehmen. Ist der Kopf schon abgerissen, schneide man den Arm besser nicht ab, sondern versuche an ihm zu extrahiren. Geht es damit nicht, fasse man mit der Knochenzange und mache hiermit die Extraction, nachdem die Paracentese mit dem scheerenförmigen Perforatorium vorgenommen. Ferner ist es gestattet, den stumpfen Haken in die hintere Schulter einzuführen, auch kann man bei todter Frucht den Guyot'schen Haken gebrauchen.

Litteraturübersicht.

von Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe 1889. pag. 424.
Ballantyne, „the diseases and deformities of the foetus vol. I pag. 218 u. 219, vol. II pag. 236.
Wernher, Die angeborenen Cystenhygrome, Giessen 1843. Darin die Fälle von Hygroma cysticum congenitum axillare.
Sandifort, (de singulari membranae cellulosae degeneratione in observationes anatomica-pathologicae lib. IV, cap. 2, pag. 21. Geburtserschwerung angegeben.
C. Hawkins, (London medico-chirurg. transactions vol. XXII, pag. 236.
Tofft, Otto, (bibliothek for Laeger 1839).
E. Martin, Kind mit mehrfachen Cysten etc. Monatsschrift für Geburtskunde XX 1862, pag. 170.
A. Martin, Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1877, I pag. 51. Geburtserschwerung durch missgestaltete Früchte.
Malcolm Mc. Lean in Americ. journal of obstetr. 1888 April. Kindskopfgrosses Lymphangiom des linken Oberarmes als Geburtshinderniss.
P. Guttmann in Berliner klinische Wochenschrift 1890, No. 9. Ein grosses lymphangioma cavernosum im Gesicht und Hals eines Neugeborenen.
Condamine in C. f. Gyn. 1892, pag. 912, ref. aus Prov. med. Lyon. Angeborene Cysten am Halse.
P. Strassmann in C. f. Gyn. 1893, No. 8. Fall von Hygroma colli (lymphangiectasia cystica colli congenita) als Geburtshinderniss.
Dr. von Wörz in C. f. Gyn. 1894, No. 5. Fall von lymphangioma subaxillare als Geburtshinderniss.
George Hacket (Glasgow) Missbildungen aus Versehen und Erregungen der Mütter in med. journ. 1892 Januar.
J. W. Ballantyne (Edinburg). 13 gesammelte Fälle von Versehen der Mütter in Edinb. med. journal 1892 Mai.
Meckel, Monströse Larve eines Fötus in Arch. für Anat. u. Physiologie 1828.
Otto in monstrorum sexcentorum descriptio anatomica, pag. 325, Vratislavia 1841.
Küstner in Handbuch der Geburtshülfe von Peter Müller, II. Band pag. 676.
Schauta, Lehrbuch der gesammten Gynäkalogie, pag. 714.
Fritsch, Klinik der geburtshülflichen Operationen, pag. 189.
Förster, Die Missbildungen des Menschen, pag. 105.
König, Lehrbuch der Chirurgie.
Virchow, Die krankhaften Geschwülste.
Gurlt, Ueber die Cystengeschwülste des Halses.
Billroth, Beiträge zur pathologischen Histologie.
Köster, Verhandlung der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. 3.
Lücke, Die Geschwülste, Handbuch der allgem. und spez. Chirurgie.
Ziegler, Allgem. path. Anatomie, pag. 222 über Lymphangioma.
Esmarch-Kulenkampf'sche Atlas. Abschnitt von Ellephantiasis cystica congenita.
Wegner, Arch. für klin. Chirurgie, XX S. 641, 1877. Mikroskopische Untersuchungen verschiedener Lymphangiome.
Lubarsch-Ostertag, II. Jahrgang, I. Abtheilung, Wiesbaden 1897. Ueber Lymphangiome.
Dr. A. Schmidt, 1890. Arch. für Dermat. und Syphilis, pag. 529.

IV.

Ueber Schwangerschaft bei Uterus septus.

Von

OLAF SIGISMUND.

Frauenarzt zu Halle a. S.

Die durch Anomalien bei der Veinigung der Müller'schen Gänge entstehenden Missbildungen der weiblichen Genitalorgane sind nach dem statistischen Materiale nicht allzuselten und dürften sich ausserdem in nicht geringem Umfange der Beobachtung entziehen. Die Mehrzahl derselben verdankt ihre Entdeckung dem zufälligen Befunde bei Gelegenheit einer Geburt. Das classische Werk für dieses Thema ist Kussmaul's Monographie „Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter". Würzburg 1859. Eine Ergänzung dazu bildet die Arbeit von Livius Fürst, „Ueber Bildungshemmungen des Uterovaginalcanales", worin sich eine reiche Casuistik vorfindet.

Ohne auf die verschiedenen Systeme der Einteilung dieser Missbildungen einzugehen, wende ich mich gleich zur Besprechung des Uterus septus und subseptus, weil ich Gelegenheit hatte, einen Uterus septus cum vagina simplice gelegentlich einer puerperalen Endometritis zu constatiren.

Der Uterus septus seu bilocularis (Rokitansky) stellt einen äusserlich annähernd normalen Uterus mit einer vollständigen, vom Fundus bis zum äusseren Muttermund reichenden Längsscheidewand dar. Reicht die Scheidewand weniger tief herab, so entsteht der Uterus subseptus unicollis, d. h. ein Uterus mit zwei Körperhöhlen und gemeinsamer Cervicalhöhle. Die Entstehung muss so gedacht werden, dass die in Berührung getretenen Müller'schen Gänge zwar verschmelzen, die Rückbildung der Längsscheidewand aber im zweiten Monat unterbleibt, während dennoch später — im vierten bis fünften Monat — die Zweihörnigkeit des Uterus einem normalgewölbten Fundus weicht. Der Uterus septus bei einfacher Vagina gehört zu den seltneren Missbildungen dieser Art. So zählt Livius Fürst in seiner Abhandlung bei einer reichen Casuistik zwar 11 Fälle von Uterus septus cum vagina septa, aber nur zwei Fälle[1]) von Uterus septus cum vagina simplice auf, aber auch diese beiden Fälle sind streng genommen nicht verwendbar, denn Fürst schliesst auf die Einfachheit der Vagina nur, weil von einer Verdoppelung nichts erwähnt ist.

---

[1]) 1. H. Grace, Obst. Trans. 1863, p. 138.
2. Paris, Archives générales de Médecine. Paris 1864, p. 364.

Die Grösse des Uterus septus weicht nach den meisten Beobachtungen nicht viel von der normalen ab, er ist meist etwas breiter und wenig niedriger (Rokitansky). Zuweilen ist die eine Seite stärker entwickelt als die andere. Die Menstruation verhält sich nach Kussmaul u. A. bei den verschiedenen Formen der doppelten beiderseits verkümmerten Gebärmutter in allen wesentlichen Stücken wie bei der einfachen. Das Menstrualblut quillt bald aus beiden Gebärmüttern zugleich, bald nur aus einer. In einem Falle hat W. B. D. Blachwood[1]) bei einer 22jährigen Patientin mit Uterus septus cum vagina septa in einer Reihe von 12 Menstruationsperioden beobachtet, dass die Blutung abwechselnd aus der einen und der anderen Uterushöhle stammte.

Wie sich die Menses während der Schwangerschaft verhalten, wird in der Mehrzahl der Fälle leider nicht erwähnt. Viermal wird berichtet, dass mit Eintritt der Schwangerschaft die Menses wegblieben, einmal, das sie im dritten und vierten Monat schwach erschienen, und nur in einem Falle wurden während vier Schwangerschaften die Menses niemals unterbrochen. (Dies war ein Fall von Uterus bicornis duplex cum vagina septa, gehört also streng genommen nicht hierher, jedoch erwähne ich solche Fälle gelegentlich, wenn mir analoge Beispiele von Uterus septus fehlen.)

Eine Anzahl Autoren führt ohne Angabe von Beispielen an, dass in Folge der Deciduabildung im ungeschwängerten Uterusfach die Menses aus demselben aufhörten.[2])

Was die Deciduabildung im ungeschwängerten Teile überhaupt betrifft, so ist in den drei reinen Fällen von Uterus septus Kussmaul's nur einmal eine solche erwähnt, während ein anderes Mal das Fehlen derselben besonders betont wird. In den 11 Fällen von Uterus subseptus ist zwei Mal eine Deciduabildung im nicht schwangeren Fach beschrieben, in den neun später erwähnten Fällen, wo die Frage, ob Uterus bicornis, ob Uterus septus, offen steht, nirgends. Dagegen beobachteten La Casas dos Santos und H. Walther in ihren später aufgeführten Fällen eine Deciduabildung im nicht schwangeren Teile des Uterus.

Von Schwangerschaft bei Uterus septus finden sich bei Kussmaul folgende drei Fälle:

1. Schwangerschaft bei einer 18jährigen Ip. in der linken Uterushälfte eines Uterus septus. Vorgestellt von West in der Sitzung der Pariser Academie der Chirurgen am 24. Mai 1824. Eine nähere Beschreibung fehlt.

2. Cruveilhier, Anat. path. 13. livr., Pl. 5. Genau beschriebener Fall einer Schwangerschaft im linken Fach eines Uterus septus cum vagina simplici. Das ungeschwängerte Fach hatte sich beträchtlich mit dem geschwängerten entwickelt, besass aber keine Decidua. Die Scheidewand war $^1/_3$—$^1/_5$ so dick, als die

---

[1]) Las Casas dos Santos, Die Missbildungen des Uterus. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XIV.

[2]) P. Müller, Entwicklungsfehler des Uterus. Deutsche Chirurgie, Lief. 55. Stuttgart 1885.

äussere Wand der schwangeren Hälfte, die Aussenwand der ungeschwängerten halb so dick als diese.

3. Fall von Waller, Lancet 1828, No. 267. Die Schwangerschaft hatte in der linken Hälfte gesessen, die kleinere rechte enthielt eine Decidua.

Sodann berichtet Kussmaul noch über 11 Fälle von Schwangerschaft bei Uterus subseptus und schliesslich über neun Fälle, bei denen aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich ist, ob es sich um Schwangerschaft bei Uterus septus oder Uterus bicornis duplex gehandelt hat. Darunter sind eine Anzahl gleichzeitige Schwangerschaften beider Uterusfächer. Als eine Seltenheit erwähne ich die Beobachtung von Fordyce Barker. Hier wurde zuerst ein reifer Knabe und nach 74 Tagen ein kleines Mädchen spontan geboren. Beide Kinder gediehen an der Mutterbrust. Kussmaul glaubt in diesem Falle ebenso wenig an eine Ueberfruchtung wie in den Fällen von Moebus, Thielemann, Boivin, Desgranges und Eisenmann, wo Zwillinge in Zwischenräumen von 33, 52, 59, 141 und 168 Tagen geboren wurden. Nur in dem Eisenmann'schen Fall war der Nachweis geliefert, dass es sich um einen einfachen Uterus gehandelt hat. Kussmaul nimmt vielmehr an, dass von diesen Zwillingen der eine frühreif und vorzeitig, der andere spätreif geboren wurde. An dieser Ansicht müsse man festhalten, so lange der Beweis für die Fortdauer der Ovulation während der Schwangerschaft nicht geliefert sei.

Einen weiteren Fall von Schwangerschaft bei Uterus subseptus führt Las Casas dos Santos[1]) an. Eine 24jährige IIp. hatte spontan (Steisslage) geboren und wurde wegen Temperatursteigerung am Tage darauf untersucht. Dabei fand sich ein Uterus subseptus. Die rechte Hälfte, welche jedenfalls die Frucht beherbergt hatte, war nicht viel grösser als die linke. Aus beiden Hälften wurden Deciduamassen entfernt, namentlich aus der nicht schwangeren linken.

Ferner berichtet H. Walther[2]) von einer Schwangerschaft im rechten Fache eines Uterus subseptus, complicirt mit linksseitiger Eileiterschwangerschaft. Im dritten Monat trat Abort ein, wobei die verhaltenen Eihäute, Placenta und Nabelschnur aus dem rechten Fache, eine äusserst dicke Decidua aus dem nicht schwangeren linken Fache ausgeräumt wurden. Die hier besonders mächtige Deciduaentwicklung bezieht Walter auf die doppelte Schwangerschaft.

Schliesslich lässt sich noch eine Notiz von Ph. Fr. Meckel verwenden, wonach der jüngere Hunter in seiner Sammlung eine doppelte Gebärmutter mit vollständig entwickeltem Kinde auf der einen und einem von vier Monaten auf der anderen besessen haben soll. Kussmaul[3]) findet jedoch im Catalog der

---

[1]) Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XIV. 1888.
[2]) Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII. 1895.
[3]) l. c. pag. 303.

Hunter'schen Sammlung vom Jahre 1830 eines solchen Präparates nicht Erwähnung gethan.

In dem schon oben erwähnten Falle von H. Grace handelte es sich um beiderseitige, gleichzeitige Schwangerschaft. Im 7. Monat wurde von Grace zuerst aus dem vorderen Muttermund ein totes Kind extrahirt, hierauf aus dem hinteren Muttermund ein lebendes, welches einige Stunden p. p. starb. Ob es sich um gleichaltrige Früchte handelte, ist aus der Beschreibung nicht zu ersehen.

Auf etwas schwachen Füssen steht der ebenfalls von Livius Fürst wiedergegebene Bericht von Paris. Darnach wurde eine Frau längere (?) Zeit nach der Geburt eines Kindes von einem zweiten entbunden. Daraus schliesst Paris, dass es sich um einen Uterus septus und Superfoetation gehandelt habe. Endlich möchte ich noch einen interessanten Fall von Uterus septus anführen, den W. A. Freund[1]) beobachtete, obwohl es sich hier nicht um Schwangerschaft handelte. Das Orificium externum der linken Uterushälfte war hier nämlich — bei einer 60jährigen Frau — durch das linke Laquear vaginae infolge ausgebreiteter Entzündungs- und Vernarbungsprozesse verdeckt, sodass der Uterus zunächst als ein einfacher imponiren musste. Mit Mühe liess sich in der linken Hälfte des durch Section gewonnenen Uterus von oben her ein haarsondenfeiner Cervicalkanal auffinden. In dem verschlossenen Teile fanden sich ausserdem sarcomatöse Degeneration der Schleimhaut und Hydrometra. Die im Uterus zurückgehaltenen Stoffe könnten nach Freund's Ansicht reizend auf die Uterusschleimhaut und so im Sinne Virchow's zur Entwicklung von Neubildungen neigend gewirkt haben. Der Beschreibung sind zwei Abbildungen beigefügt.

Um noch einiges über das Verhalten des Uterus septus während der Schwangerschaft nachzuholen, so lässt sich auf die Dauer derselben ein Einfluss nicht nachweisen, sondern es wurden fast alle Früchte reif geboren.

Ein Fall von C. Ruge[2]) steht, soviel ich ersehen kann, vereinzelt da. Dieser spaltete nämlich, nachdem er bei einer Frau mit Uterus septus zweimal Abortus hatte eintreten sehen, das Septum und beobachtete dann eine normale Schwangerschaft.

Auch besondere Molimina graviditatis scheinen beim Uterus septus sich nicht zu finden. Ueber die Beteiligung der ungeschwängerten Hälfte während der Schwangerschaft der anderen stimmen die Beobachtungen nicht ganz überein, vielmehr wird von einer Entwicklung der ungeschwängerten Hälfte bis zur Länge der geschwängerten berichtet (Spaeth), andererseits von einem vollständigen Zurückbleiben im Wachstum, sodass das ungeschwängerte Fach dem geschwängerten wie „ein Auswuchs“ ansass (Busch). Hierbei habe ich die Fälle von Uterus septus cum vagina septa mit berücksichtigt, weil dieser in seinem Ver-

---

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. I. 1877.
[2]) P. Ruge, Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Z. f. G. u. G. Bd. X, p. 141.

halten kaum vom Uterus septus cum vagina simplice verschieden sein dürfte.

Nach einer Behauptung von Meckel, Carus, Rokitansky u. A. sollte die rechte Hälfte überwiegend öfter geschwängert werden. Davon habe ich mich aus der mir zu Gebote stehenden Litteratur nicht überzeugen können, doch mögen sich wohl die betreffenden Berichte an anderer Stelle finden. Eine erschöpfende Behandlung des Themas lag mir auch fern, doch habe ich mich bemüht, alles zu verwerten, was mir an Litteratur zugänglich war.

Was den Verlauf der Geburt und der Nachgeburtsperiode betrifft, so ist derselbe häufiger regelwidrig: Verzögerung und Schwierigkeit der Geburt und gefahrdrohende Nachgeburtsblutungen werden berichtet. Den Hauptgrund für die Schwierigkeiten der Geburt sucht Kussmaul in der bedeutenden Schieflage der geschwängerten Seitenhälfte, während sich die ungeschwängerte, aber beträchtlich vergrösserte andere Hälfte an der Beckenwand anstemmen sollte (Rokitansky, Waller, Cruveilhier). Dagegen sei in dem Falle von Spaeth die Geburt deshalb eine leichtere gewesen, weil hier der ungeschwängerte Teil des Uterus dem geschwängerten an Länge gleichkam, also deshalb mit dem letzteren zusammen aus dem Becken emporsteigen musste. Für die Nachgeburtsperiode ist der Sitz der Placenta an der Scheidenwand gefahrdrohend, da ihr eine zum Schluss der Gefässmündungen genügende Muskulatur fehlt. So verblutete Busch's[1]) Patientin nach der künstlichen Lösung der Nachgeburt von der Scheidewand eines Uterus subseptus.

Als eine Folge der verschiedenen Geburtsstörungen sieht es Kussmaul an, dass eine sehr grosse Anzahl Frauen mit doppelter Gebärmutter im Wochenbett starb.

Dagegen waren in den günstig verlaufenden Fällen auch die Rückbildung des schwangeren Uterus, Lochien und Milchsecretion normal.

Nach diesen allgemeinen, kurzen Betrachtungen über Schwangerschaft bei Uterus septus und subseptus sei es mir gestattet, über den von mir beobachteten Fall zu berichten. Bei der Krankengeschichte und den späteren Untersuchungen ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine Dame der besseren Stände von auswärts handelte.

Frau F., 30 Jahr alt, erblich nicht belastet, nicht ernstlich krank gewesen. Menses regelmässig, vierwöchentlich, von 8tägiger Dauer, in den beiden ersten Tagen mit derartigen Beschwerden, dass Patientin das Bett hüten musste. Letzte Menses Mitte Mai 1896. Vor zwei Jahren normale Geburt. Nur traten schon 4—6 Wochen vorher wehenartige Schmerzen ein. Die Menses setzten während dieser Schwangerschaft vollständig aus. Schon nach sechs Wochen traten trotz Stillens die normalen Menses wieder ein. Im Wochenbett hatte Patientin angeblich Fieber bis 40°, doch konnte sie eine Ursache dafür nicht angeben. Nach 14 Tagen verliess sie das Bett. Es

[1]) Busch, Das Geschlechtsleben des Weibes. Leipzig 1841. Bd. III, 387.

folgte nun ein Abort, für den Frau F. einen Fall auf das Gesäss beschuldigte. In den ersten vier Monaten dieser Schwangerschaft zeigte sich eine schwache, blutig-wässrige Menstruation von wenigen Tagen. Bei der letzten Schwangerschaft war davon nichts zu bemerken, dagegen traten zeitweise heftige Schmerzen in den Seiten auf. Frau F. gab von selbst an, dass der Uterus stets auffallend nach rechts verlagert gewesen sei. Die Geburt verlief völlig normal, ebenso die Nachgeburtsperiode. Der Hausarzt hatte nicht eingegriffen, nicht einmal untersucht, sondern nur eine unbedeutende Fissur des Dammes mit Jodoform bestreut und weiter nach antiseptischen Grundsätzen behandelt. Patientin stillte auch diesmal wieder.

Das subjective Befinden war zunächst ein gutes. Am vierten Tage stellte sich zuerst mässiges Fieber ein und der Hausarzt constatirte eine Druckempfindlichkeit an den Seiten des Uterus. Das Fieber stieg in den nächsten Tagen bis auf 40°, ohne dass sich eine Ursache dafür nachweisen liess. Inzwischen hatte sich auch das Allgemeinbefinden verschlechtert, als ich am siebenten Tage des Wochenbettes zur Consultation zugezogen wurde.

Ich fand eine anämische Patientin von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustande, bei grosser gemütlicher Depression. Appetitlosigkeit, Unruhe, Ohrensausen, Kopfschmerz, dazu Schlaflosigkeit und zeitweise Schmerzen im Kreuz und in den Seiten wurden geklagt.

Bei der Untersuchung liess sich von Seiten der Brüste, des Herzens, der Lungen und Nieren nichts Pathologisches nachweisen. Patientin hatte bis zur Stunde gestillt und das Kind vertrug die Milch sehr gut. Stuhlgang war am Tag vorher künstlich erzeugt worden. Die Temperatur betrug 38,7°, die Pulszahl 116. Bei der Palpation des Abdomens fiel mir sofort der hohe Stand des Fundus uteri auf und eine ziemlich bedeutende Schmerzhaftigkeit in der linken Seite dicht am Uterus. Während nach Zinsstag der Stand des Uterus am siebenten Tage nach einem Durchschnittsmasse 7,7 cm über der Symphyse betragen soll, befand sich hier der Fundus des stark nach rechts verlagerten Uterus reichlich in Nabelhöhe.

Das Lochialsecret war rötlich-gelblich und ohne verdächtigen Geruch.

Die kleine etwa 2 cm lange, $^1/_2$ cm tiefe Dammwunde erschien völlig reactionslos.

Bei der combinirten Untersuchung fand sich neben der auffallenden Grösse auch eine auffallende Gestalt des Uterus. An dem etwa kleinkindskopfgrossen nach rechts verlagerten Uterus sass links, etwa 3 Querfinger über der Symphyse beginnend ein etwa mannsfaustgrosser „Auswuchs" an, der ohne bestimmbare Grenzen in den ersteren überging. Man war versucht, an ein intramurales Myom zu denken. An den Adnexen vermochte ich nichts Abnormes nachzuweisen, auch keine Para- oder Perimetritis. Die schmerzhafte Stelle links entsprach dem erwähnten „Auswuchs." Des weiteren fand ich etwa 2 cm aus dem lacerirten Cervix herausragend einen etwa bohnengrossen, ziemlich festen Polypen mit glatter Oberfläche, dessen Ansatzstelle sich ohne Schwierigkeit an der vorderen Cervixwand, fast am äusseren Muttermund beginnend, feststellen liess. Der Stiel, der an der Ansatzstelle einem fleischigen Bande von ca. $1^1/_2$ cm Breite entsprach, verjüngte sich nach dem Polypen zu bis zur Dicke eines noch nicht $^1/_2$ cm dicken Stranges, bildete somit ein Dreieck, dessen schmale Basis vertikal in der Mitte der vorderen Cervixwand sass. Die Länge von Stiel und Polyp betrug etwa 4 cm.

Der Cervix klaffte weit genug, um das Einführen eines Fingers zu ermöglichen, der links neben dem Polypen in eine von glatten Wänden umgebene Höhle geriet, die dem kleineren Körper an der linken Seite des grösseren nach rechts verlagerten entsprach. Die Höhle gewährte dem Finger nicht viel Spielraum und es war mir nicht möglich, etwas von der Innenfläche derselben abzukratzen. Einen fremden Inhalt besass sie nicht. Die Dicke der Wandung schätzte ich auf 1 bis $1^1/_2$ cm.

Unwillkürlich nahm ich beim Zurückziehen der Hand den Stiel des Polypen nochmals zwischen Zeige- und Mittelfinger, um die Breite des Ansatzes genauer zu fühlen. Als ich nun in dieser Haltung Zeige- und Mittelfinger emporschob, gelangte ich mit dem Mittelfinger in die schon aus-

getastete Höhle, mit dem Zeigefinger in eine andere, vielleicht um das Dreifache grössere.

Durch Druck von aussen nachhelfend, gelang es mir, in Narcose auch diese Höhle auszutasten. Die Innenfläche war nicht gleichmässig, sondern stellenweise rauh, z. B. rechts und vorn, wo ich infolge dessen die Haftfläche der Placenta suchte. Aus dieser Höhle vermochte ich leicht einige Esslöffel einer weichen Masse zu entfernen, auf die ich später zurückkommen werde. Die Wandstärke betrug etwa $2^1/_2$ cm. Die Scheidewand der Höhlen war nirgends durchbrochen, ich schätzte ihre Dicke zwischen meinen Fingern auf etwa 5 mm. Wenige Millimeter vom unteren Ende ab begann der bandartige Ansatz des Polypen. Die Deutung des Falles lag somit nahe. Es handelte sich um einen Uterus septus oder streng genommen, gewesenen Uterus septus und nunmehrigen Uterus subseptus. Der unterste, cervicale Abschnitt der Scheidewand dürfte wohl bei der ersten Geburt eingerissen sein und bildete nun, aus dem Cervicalcanale heraushängend, den oben beschriebenen Polypen.

Interessant ist der Fall zunächst durch die Missbildung des Uterus und die gewiss seltene Art eines Polypen, ferner durch die Veränderungen, welche die Schwangerschaft in dem nicht schwangeren Fache hervorgerufen hatte, und schliesslich durch die Infection.

Die Wände des nicht schwangeren Uterusabschnittes hatten sich zwar verdickt, doch in weit geringerem Masse wie die des schwangeren, das Längenwachstum des ersteren war ganz erheblich geringer und doch klaffte seine Höhle, so dass ein Finger bequem eingeführt werden konnte. Von einer Decidua des ungeschwängerten Faches liess sich nichts nachweisen und es ist unwahrscheinlich, dass sie vorher ausgestossen und dem Auge der Wärterin entgangen sei.

Die mangelhafte Rückbildung des Uterus beziehe ich auch auf die Missbildung in erster Linie. Der Inhalt des rechten Uterusfaches bestand aus rötlich-gelblichen, mit dem Finger leicht zerdrückbaren Massen. Das gröste Stück war etwa 3 cm lang, 2 cm breit, $^1/_2$ cm hoch. Im mikroscopischen Bild fand sich ein Conglomerat von Fibrin und Deciduazellen in den verschiedensten Degenerationsstadien, zahlreichen Blutextravasaten und thrombosirten Gefässen, an vielen Stellen kleinzellige Infiltration und massenhafte Streptokokkenherde.

Wir müssen also hier eine Autoinfection der Wöchnerin anerkennen, da von keiner Seite vorher untersucht oder sonst etwas vorgenommen worden war. Als erleichternden Umstand für die Infection darf man vielleicht den Polypen ansehen, der, aus dem Uterus herausragend, den Schluss des Cervicalcanales verhinderte und eine Art Drainage nach oben ermöglichte.

Die Frage der Autoinfection im Wochenbett ist ein ebenso umstrittenes Gebiet wie die Bacteriologie des weiblichen Genitaltractes überhaupt. Von den neueren Arbeiten greife ich die interessante Abhandlung Walthard's[1]) heraus. Dieser machte, um Doederlein's Einteilung in normales und pathologisches Scheidensecret zu widerlegen, 100 Untersuchungen, von denen nur 14 den Anforderungen entsprachen, die Doederlein an ein normales Scheidensecret stellt. Ausserdem stammten von 27 Streptokokkenbefunden 25 aus saurem, also normalen Vaginalsecret. Durch den letzten Befund ist auch Kroenig's Behauptung, dass Streptokokken sich in keinem Vaginalsecret fänden, hinfällig geworden. Sehr lehrreich sind Walthard's Impfversuche mit

[1]) Walthard, Bacteriologische Untersuchungen des weibl. Genitalsecretes in Graviditate und im Puerperium. Arch. f. Gyn. Bd. 48 p. 201.

diesen im Vaginalsecret gefundenen Streptokokken. Bei normalen Verhältnissen zeigten die geimpften Kaninchenohren niemals eine Reaction, dagegen erreichte er eine Virulenz der Vaginalstreptokokken gleich der bei tödtlichem Puerperalfieber, wenn er durch Ligirung Stase erzeugte. Aus seinen Versuchen folgert Walthard, dass die Vaginalstreptokokken an sich nicht virulent sind, es aber werden können, wenn das Gewebe, in dem sie sich befinden, durch irgendwelche Einflüsse an Resistenz einbüsst. Nun hätte man freilich glauben sollen, dass in meinem Falle eine wunde, mit necrotischen und verfetteten Deciduamassen bedeckte Uterusinnenfläche einen günstigen Nährboden zur Entstehung einer hohen Virulenz hätte abgeben müssen. Freilich kann ich meinen Fall nicht pro oder contra heranziehen, weil ich in Ermangelung von Cultur- und Impfversuchen nichts über die Biologie jener Streptokokken weiss.

Um nochmals auf den Polypen als Infectionsweg zurückzukommen, so möchte ich hierbei eine Ansicht Menge's[1]) anführen. Dieser hält die Schutzwirkung des Cervicalcanales für so gross, dass normaler Weise eine Infection der Uterusinnenfläche unmöglich sei, wohl aber, wenn artificiell die Infectionserreger mit Ueberspringung des Cervicalcanales auf den geeigneten Nährboden überpflanzt werden, oder die Schutzwirkung des Cervicalcanales aufgehoben ist durch Carcinomentwickelung im Endometrium cervicis, durch Atrophie der Cervixmucosa im höheren Alter, durch Entfaltung des Canales infolge von Neubildungen oder Eiteilen, welche einen directen Weg zwischen Scheide und Uteruskörper bilden.

Dafür, dass es sich in dem beschriebenen Falle um diesen Infectionsmodus gehandelt habe, liesse sich zur Unterstützung noch die fieberhafte Erkrankung im ersten Wochenbette — natürlich mit Vorbehalt — anführen.

Schliesslich bemerke ich noch, dass nach Entfernung der Deciduareste und mehreren Uterusausspülungen mit je 3 Liter 1 proc. Lysollöung allmählig Entfieberung und Heilung eintrat. 14 Tage p. p. war es mir nicht mehr möglich, mehr als 2—3 cm in den Cervialcanal mit der Fingerkuppe einzudringen. Auch das gesonderte Einführen des Uteruskatheters in beide Höhlen war wegen des Septum und des Polypenstieles erschwert. Die Rückbildung des Uterus war bedeutend fortgeschritten, der vormals schwangere Uterusanteil überragte den linken nur noch um wenige Querfinger.

---

[1]) Bacteriologie des weibl. Genitalkanales. Von C. Menge u. B. Kroenig. 2 Theile. Leipzig, 1897.

V.

Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt („Sänger-Operation") mit glücklickem Ausgange für Mutter und Kind.[1])

Von

Dr. med. M. AWTANDILOFF,

Arzt am Hospital der Kaukasischen Eisenbahn zu Tiflis.

Ich erlaube mir Ihnen über einen Fall von Kaiserschnitt bei Kyphoscoliose mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind zu berichten, da eine solche Operation an und für sich auch jetzt noch von nicht geringem Interesse ist, namentlich aber in unserer Gesellschaft noch dadurch ein grösseres Interesse erregen dürfte, als dieselbe noch nie im Kaukasus ausgeführt worden ist.

Anfang April 1896 wurde in die Frauenabtheilung unseres Hospitals die Erstgebärende Sch. aufgenommen. Sie ist 37 Jahre alt, seit einem Jahre verheirathet und giebt an in der Kindheit niemals krank gewesen zu sein. Gehen lernte sie erst im fünften Lebensjahre. Wann die ersten Menses aufgetreten, weiss sie nicht anzugeben; zum letzten Male menstruirte sie Ende Juli 1895. Abortirt hat sie nicht. Die Frau ist mittelgross, stark gebaut und sehr gut genährt. In den inneren Organen nichts Abnormes nachweisbar. Im Urin kein Eiweiss. Ausser einer mit Convexität nach links gerichteten und vom sechsten Brustwirbel bis an den letzten Lendenwirbel reichenden Kyphoskoliose keinerlei Zeichen von Rachitis vorhanden. Die rechte Beckenhälfte steht höher. Beckenmaasse: 31, 31, 32, 16, 9; Conj. v. $6^1/_2$—7 cm. Grosser Hängebauch. Die Gebärmutter reicht bis zum Proc. xyphoideus. Die Frucht gut entwickelt, in erster Schädellage. Innere Untersuchung: äusserer Muttermund geschlossen, Kreuzbein nach rechts verschoben, in Folge dessen die rechte Beckenhälfte weniger geräumig. Promontorium leicht erreichbar; Kopf über dem Beckeneingange beweglich. Bei der Untersuchung mit dem Spiegel ist starker eitriger Ausfluss und Vaginitis granulosa zu bemerken.

Bei solcher Beckenverengerung musste entschieden werden, zu welcher Art von künstlicher Entbindung geschritten, ob Symphysiotomie, Perforation oder Kaiserschnitt ausgeführt werden sollte.

Ueber die Symphysiotomie ist man bisher noch nicht einig. Während einige Autoren dieselbe mit ziemlich guten Resultaten ausführen, verwerfen andere diese Operation ganz. So führt sie Gustav Braun in Wien schon seit October 1893 gar nicht mehr aus. Und in Wahrheit, wenn man die Statistik der Symphy-

[1]) Vortrag gehalten in der Kaiserlichen medicinischen Gesellschaft zu Tiflis.

siotomie überblickt, so findet man wenig Grund diese Operation von den anderen zu bevorzugen. Nach der Statistik von Neugebauer von 1887 bis 1893 sind 213 Symphysiotomien mit einer Mortalität von 12,85 pCt. für Mutter und 20,2 pCt. für das Kind ausgeführt worden. Diese Zahlen sind wenig befriedigend und entsprechen ungefähr der Statistik der Kaiserschnitte von Caruso bis zum October 1888 mit einer Mortalität von 12,94 Procent für Mutter und 6,8 pCt. für Kind. — In unserem Falle, bei solcher Beckenverengerung, hätte die Symphysiotomie kaum ein gutes Resultat gegeben, da diese Operation die Beckenmaasse hauptsächlich im Querdurchmesser vergrössert, den geraden Durchmesser aber fast unverändert lässt, so dass die Entbindung schliesslich wohl doch mit Hülfe der Perforation beendet werden musste.

Was die Perforation anbetrifft, so ist diese Operation lange nicht so unschuldig, wie sie Vielen scheinen mag, ganz abgesehen davon, dass das Kind in allen Fällen geopfert und hierbei nicht selten am lebenden Wesen operirt wird — eine gewiss schwere und für den Arzt im höchsten Grade niederdrückende Aufgabe, welche weder seinem Beruf noch seiner Bestimmung entspricht. Die Mortalität für Mütter nach der Perforation ist gewöhnlich 2—8 pCt., doch steigt sie, wie Küster angiebt, bis 21,8 pCt. Nowitzky sammelte 1268 Fälle von Perforation mit 11,5 pCt. Mortalität. In neuester Zeit wurde die Perforation von Barsony aus der I. Budapester Klinik, wo von 46 Kraniotomien 8 (17,3 pCt.) starben, warm empfohlen. Zwar wird dieser Procentsatz von ihm bis 2,1 pCt. herabgesetzt, indem er einige unpassende Fälle abrechnet, aber auf Grund desselben Materials berechnete v. Velits die Mortalität auf 11,76 pCt. und setzte hinzu: „die 11,76 pCt. Mortalität der bei mässiger Beckenverengerung ausgeführten Kraniotomie ist der klarste Beweis, dass die Perforation in den Händen des mit menschlichen Gefühlen kämpfenden Geburtshelfers nicht die unschädlichste geburtshülfliche Operation sei.“

Ein ganz anderes Resultat erreichte man in der letzten Zeit durch den Kaiserschnitt, Dank der Asepsis und der Vervollkommnung der Technik. Vordem ergab, wie bekannt, diese Operation eine collossale Sterblichkeit. So wurde in den Wiener geburtshülflichen Kliniken im Laufe fast eines Jahrhunderts keine einzige Frau gerettet, so dass die Angst vor dem Kaiserschnitt unter den Wienerinnen auch jetzt noch so gross ist, dass die Bezeichnung „Kaiserschnitt“ durch die „Bauchschnitt“ ersetzt werden musste. Leider habe ich nicht die Möglichkeit eine ausführliche Statistik der Kaiserschnitte der letzten acht Jahre anzuführen, möchte aber mir doch erlauben, auf einige Autoren hinzuweisen. Hier muss vor Allem Sänger erwähnt werden, dessen Verdienste um die wissenschaftliche Ausbildung des Kaiserschnittes so grosse sind, dass die conservative Methode des Kaiserschnittes mit vollem Rechte „Sänger'sche Operation“ genannt werden müsste. Unter 20 Kaiserschnitten, die er und seine Assistenten ausgeführt, verlor

er nur eine Kranke, unabhängig von der Operation, also 5 pCt. Mortalität, Leopold zählt auf 25 Fälle 8 pCt. Mortalität. C. v. Braun auf 32 Fälle 3,2 pCt. Schauta auf 20 Fälle bei absoluter Indication 2 Todesfälle, auf 19 Fälle bei relativer Indication 0 pCt.; mit den Operationen nach Porro zusammen auf 52 Fälle 4 pCt. Poten auf 3 Fälle nach Sänger 0 pCt. Lebedew auf 8 Fälle 0 pCt. Wyder auf 8 Fälle 0 pCt. Mortalität u. s. w.

Angeregt durch die so glänzenden Resultate des Kaiserschnittes in letzter Zeit, wobei noch dazu fast jedes Mal die Erhaltung des Kindes gelingt, habe ich auch im vorliegenden Falle dieser Art der künstlichen Entbindung den Vorzug gegeben mit voller Zuversicht auf guten Erfolg, da der Gesundheitszustand der Frau ein vollkommen befriedigender war und letztere, da sie über einen Monat im Krankenhaus beobachtet wurde, auch zur Operation sorgfältig vorbereitet werden konnte.

Am Abend des 25. Mai fingen die Wehen an. Am anderen Morgen Muttermund für drei Finger geöffnet. Schädel hoch und beweglich, Blase steht, Wehen kräftig und alle 5 Minuten. Bei sachkundiger Assistenz meiner Collegen im Hospital (Dr. Parisky, Chudadow und Frau Dr. Erdely) schritt ich um 8 Uhr Morgens desselben Tages zur Operation, nachdem Darm und Blase entleert, die Scheide sorgfältig gereinigt und locker mit sterilisirter Gaze tamponirt war. Die Bauchdecken wurden mit heissem sterilisirtem Wasser, Seife und nachher mit absolutem Alcohol abgebürstet. Der Bauchschnitt in der linea alba durch den Nabelring und zwar vier Finger über und ebensoviel unter dem Nabel. Während des Schnittes wurden die Bauchdecken von beiden Seiten fest an die Gebärmutter gedrückt, damit weder Fruchtwasser noch Blut in die Bauchhöhle dringe. Die Gebärmutter wurde in einem Zuge eröffnet, wobei der Schnitt die Placentarstelle traf: die Blutung war bedeutend. Die Gebärmuttergefässe wurden theils mit langen Zangen, theils mit den Händen comprimirt. Das Kind extrahirte ich mit Leichtigkeit an den Füssen, nachdem ich einen Theil der Placenta gelöst und die Blase gesprengt hatte. Hierauf entfernte ich die Placenta mit den Häuten, dann wurde die Gebärmutter mit sterilisirter Gaze von Blutgerinnseln gereinigt, wobei einige Reste der Eihäute mit entfernt wurden. Zwei Spritzen Ergotin (1 : 4) subcutan. Die Gebärmutter wurde provisorisch mit Gaze fest tamponirt und acht durch die ganze Dicke der Gebärmutter gehende Nähte angelegt. Die Bauchdecken wurden ebenfalls mit acht durch die ganze Dicke derselben gehenden Nähten und ebensovielen oberflächlichen geschlossen und der in unserem Hospital übliche aseptische Verband angelegt. Die Operation selbst dauerte 25 Minuten, Narcose und Verband nicht gerechnet.

Das Kind wog 4200 gr, war 55 cm lang. Kopfmaasse 35, 13, 10, 11, 11, 10, 10 cm.

Nachbehandlung: Am dritten Tage hatte die Kranke, wie es sich herausstellte, durch Versehen stark sauer gewordene Milch getrunken, wodurch der Magen bedeutend aufgetrieben wurde und nicht unerhebliche Athembeschwerden bestanden. Temperatur stieg hierbei bis 38,3, die Kranke war sehr unruhig. Innerlich Calomel 0,12 alle zwei Stunden, ausserdem einige hohe Klysmata. Schon nach wenigen Stunden fingen an, in grosser Menge Gase abzugehen, wonach die Kranke sich erholte und schon am anderen Tage bei normaler Temperatur sich wieder wohl fühlte: Puls 72, kein Meteorismus, keine Athemnoth mehr. Die Nähte wurden am 11 Tage entfernt. Die Bauchwunde per primam geheilt. Am 27. Tage nach der Operation wurde die Kranke gesund entlassen, nur die Gebärmutter war noch bedeutend vergrössert und stand zwei Fingerbreit über der Symphyse.

Weniger Erfreuliches kann ich vom Kinde berichten. Die ersten zwei Wochen entwickelte es sich gut, bald aber musste es leider künstlich er-

nährt werden, da weder die Frau, aus Furcht durch das Stillen sich zu schaden, trotz meines Zuredens, selbst stillen wollte, noch auch die Muttermilch ausreichte. In Folge dessen entwickelte sich allmählich ein Magendarmcatarrh, dem am 21. Tage das Kind erlag.

Ich schliesse meinen Bericht in der festen Ueberzeugung, dass die Zeit nicht fern liegt, wo die Perforation am lebenden Kinde ganz verworfen werden wird, wenigstens in Städten, wo Krankenhäuser oder Gebäranstalten bestehen, und man zu derselben nur in Ausnahmefällen in der Landpraxis zu schreiten gezwungen sein wird. —

VI.

Aus der I. Universitäts-Frauen-Klinik des Herrn Professor Friedrich Schauta.

Ein Fall von Bauch- und Beckenspalte, Epispadie und Ectopia vesicae.

Von

Dr. EDMUND WALDSTEIN.

(Mit 3 Abbildungen.)

Wie der Titel besagt, ist der vorliegende Fall ein ausserordentlich complicierter; er bietet, wie die Missbildungen überhaupt, ein umfangreiches Interesse.

Die Literatur der Missbildungen ist weit verzweigt und zeichnet sich durch einen bedeutenden Reichthum an casuistischen Berichten aus; es beweist dies das Interesse, das dem Einzelfalle entgegengebracht wird, es spricht dies für die Bedeutung, die den Missbildungen innewohnt. Sie sind geeignet, Fragen der Entwicklungsgeschichte zu lösen, speculativ aufgestellte Thesen zu stützen oder zu entkräften. Ich erinnere nur an die weitgehenden Schlüsse, die Darwin, Haeckel, Vogt aus den Missbildungen ziehen, die an der Hand atavistischer Formen den Entwickelungsgang des Menschen dem Verständnis näher brachten. Man betrachte die Lehre der Gaumenspalten, und das innige Gefüge der Embryologie und der Pathologie tritt klar zu Tage. Auch bieten die Missbildungen, insbesondere die Hemmungsbildungen, einen derartigen Formenreichthum, dass jeder Fall ein Novum zu sein scheint und dem Kliniker stets neue Probleme vorlegt.

Unser Fall behandelt eine jener seltenen Spaltbildungen, die sich auf das Becken, die Bauchdecken und das Genitale erstrecken.

Das gleichzeitige Vorkommen von Bauchspalte, Ectopie der Blase, Spaltbecken und Epispadie ist in einer grösseren Anzahl von Fällen beobachtet worden, häufiger beim Mann als bei der Frau. Gusserow[1]) fand, dass von 49 derartigen Abnormitäten sich 41 auf das männliche, 8 auf das weibliche Geschlecht beziehen. Der Fall, über den ich berichten will, unterscheidet sich jedoch in einem wesentlichen Punkte von den eben erwähnten mehr typischen. Es besteht auch da ein Defect der Bauchwand, die Recti abdominis klaffen in ihrem untersten Antheil. Dieser Zwischenraum wird durch eine Geschwulst eingenommen, die jedoch nicht von der hinteren, sondern von der mit Epidermis überzogenen vorderen Blasenwand gebildet wird.

Analoge Fälle sind bisher nur beim Manne beobachtet worden. Lichtheim[2]) beschreibt einen solchen und erwähnt noch zwei andere, auf deren Beziehungen zu dem unsrigen ich noch eingehend zurückkommen werde.

Hinsichtlich der Nomenclatur glaube ich mich Lichtheim anschliessen zu dürfen, der auch die Bezeichnung „Ectopie" für seinen Fall gewählt hat. Sind wir auch gewohnt, mit dem Begriffe der Ectopie der Blase ein anderes anatomisches Bild zu vereinen, so passt diese Bezeichnung ganz besonders für Fälle von der Art des Lichtheim'schen und des unsrigen; hier besteht eine Verlagerung der Blase, insofern dieselbe ihren topographischen Situs geändert hat, nicht mehr hinter den Bauchdecken liegt, sondern diese zum Theile selbst bildend, zwischen den Bauchmuskeln gelegen ist. In den übrigen Fällen setzt sich der Begriff der Ectopie zusammen aus einer Ectopie (Verlagerung) im eigentlichen Sinne des Wortes, und einer Spaltbildung der Blase mit Vorfall der hinteren Blasenwand. Ahlfeld[3]) hat auch die Beobachtung gemacht, dass bei mit Ectopia vesicae behafteten Neugeborenen die hintere Blasenwand hinter der Ebene der Bauchdecken gelegen ist, durch die ersten Athembewegungen aber in dieselbe gelangt, sich allmählich über dieselbe vorwölbt. Diese Momente dürften auch Klein[4]) veranlasst haben, für Fälle von Vorlagerung der Blase die Bezeichnung Ektropie zu wählen.

Nachdem ich auf die Verschiedenheit der Bezeichnnng hingewiesen habe, gehe ich an die Beschreibung unserer Patientin.

Der nun folgende Status wurde am 2. März 1897 aufgenommen.

A. W. ist 33 Jahre alt; sie wurde in der Nähe von Budweis in Böhmen geboren. Ihr Vater ist an „Wassersucht" gestorben. Ihre Mutter lebt und ist gesund. Drei Geschwister sind normal gebildet; desgleichen deren Kinder. Auch in der weiteren Familie der Patientin soll nach ihrer Aussage keine ähnliche Entwicklungs-Anomalie bestehen.

Ueber den Verlauf ihrer Geburt, über ihren Zustand unmittelbar nach derselben weiss Pat. nicht viel anzugeben. Eine unsererseits an die Mutter der Pat. gerichtete Anfrage um deren Zustand post partum, blieb un-

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1879 No. 2.
[2]) Langenbeck's Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XV. S. 471.
[3]) Die Missbildungen des Menschen. Leipzig, 1882—1884.
[4]) Arch. f. Gyn. Bd. 43, p. 549.

beantwortet. Die Hebamme, die der Geburt beiwohnte, ist im Vorjahre gestorben.

Das Alter, in dem Pat. zu gehen begonnen hat, kann sie nicht angeben. Die Gehfähigkeit dürfte sich somit zur normalen Zeit eingestellt haben. Der Gang soll niemals Abnormitäten geboten haben, war stets sicher; sie fühlte sich im Laufen, Springen durchaus nicht behindert, war sogar eine leidenschaftliche Tänzerin.

Soweit ihr Gedächtniss zurückreicht, erinnert sie sich an häufigem Harndrang immer gelitten zu haben. Sie ist gezwungen, alle 2–3 Stunden Urin zu lassen, da sich sonst heftige Schmerzen im Unterbauch einstellen und auch das Harnlassen selbst sich schmerzhaft gestaltet. Zur Zeit der Menstruation ist der Harndrang ein noch heftigerer. Unwillkürlicher Harnabgang bestand niemals.

Vor mehreren Jahren litt Pat. an Magenschmerzen und Erbrechen. Damals wurde sie durch ihren Arzt aufmerksam gemacht, dass ihr Blick eine gewisse Starrheit annehme.

Die 1. Menstruation trat im Alter von 13 Jahren auf; sie kehrte regelmässig in 4wöchentlichem Typus wieder, hielt in mässiger Intensität gewöhnlich drei Tage an, war meist mit uterinen Krämpfen verbunden. Die letzte Menstruation stellte sich vor $2^1/_2$ Monaten, das ist am 15. XII. 1896, ein.

Gravid war Pat. vorher nicht.

Der erste geschlechtliche Verkehr erfolgte im September 1896. Der 1. und 2. Coitus waren mit sehr bedeutenden Schmerzen und Blutungen von der Stärke der menstruellen verbunden.

In letzter Zeit stellte sich vermehrter Harndrang ein. Seit mehreren Wochen empfindet Pat. in der linken Unterbauchgegend ein Druckgefühl von wechselnder Intensität.

Pat. ist mittelgross (155 cm lang). Ihr Knochenbau ist massiv; ihre Musculatur ist gut entwickelt, desgleichen der Panniculus adiposus. Die Gesichtsfarbe ist fahl; die sichtbaren Schleimhäute sind gut injiciert. Der Blick der Patientin ist starr; die Bulbi erscheinen prominent. Bei schärferer Beobachtung erkennt man jedoch, dass sie ihre gewöhnliche Lage nicht verlassen haben, die Lidspalte jedoch breiter ist, als es der Norm entspricht. Dies gilt insbesondere für das rechte Auge. Die Hautfalten in der rechten Gesichtshälfte treten weniger scharf hervor als linkerseits. Der linke Mundwinkel wird stärker als der rechte nach aussen gezogen. Im Uebrigen bestehen keine nervösen Störungen.

Der Schädel ist breit-oval, die Tubera frontalia et parietalia springen nicht wesentlich vor. Die Zähne des Oberkiefers fehlen zum grössten Theil und sind durch künstliche ersetzt. Die unteren Schneidezähne sind unregelmässig gestellt, sind an der Kaufläche abgeschliffen. Der Hals ist kurz. Die Glandula thyreoidea nicht vergrössert. Der Thorax ist breit, schwach gewölbt. Die Brüste erweisen sich als parenchymreich, entleeren auf Druck kein Collostrum. Die Mammillae sind dunkel pigmentiert. Die Untersuchung der Lunge ergibt nichts Pathologisches. Die Herzdämpfung beginnt am unteren Rand der 4. Rippe und am linken Brustbeinrand. Der Spitzenstoss ist im 5. Intercostalraum in der Mammillarlinie fühlbar. Ueber allen Herzostien hört man ein leichtes, hauchendes, systolisches Geräusch, das gegen die Herzbasis hin an Stärke zunimmt. Der Puls ist kräftig und regelmässig, 76. Leber und Milz sind nicht nachweisbar vergrössert.

Das Abdomen ist flach, 37 cm lang, in seinen unteren Partieen weit ausladend. Die Linea alba zeigt leichte Pigmentierung; in ihrem Verlauf wird sie von keiner Nabelnarbe, wie wir sie sonst zu finden gewohnt sind, unterbrochen; eine solche findet sich im Bereich des Abdomen überhaupt nicht. — Beim Anblick der Unterbauchgegend fällt einem ein tumorartiges Gebilde auf, das den unteren, medialen Antheil der Gegend des Mons veneris einnimmt und diesen gleichsam theilend seitlich verdrängt, wodurch die stark entwickelten Pubes weit nach aussen hin verlagert werden. Die Distanz der äusseren Haargrenzen erreicht im Maximum 22 cm, auch in der Symphysengegend berühren sich die beiderseitigen Crines pubis nicht, sondern lassen einen Raum von 5—6 cm zwischen sich frei. Die an dieser Stelle aufgelegte Hand sinkt auch bei geringem Drucke tief ein und verspürt als Widerstand

nicht den des knöchernen Arcus pubis, sondern ein derbes, schlaffes Ligament, das Ligamentum interpubicum, womit Vrolik[1]) das bei Spaltbecken zwischen den medialen Enden der horizontalen Schambeinäste ausgespannte Ligament bezeichnet, in unserem Falle hat es bei vollständiger Adduction der Beine eine Länge von 11½ cm.

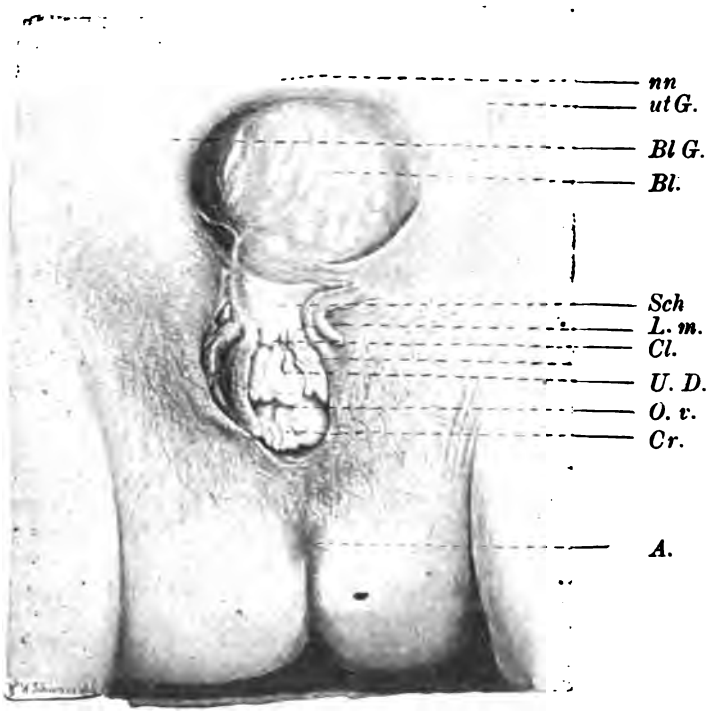


Fig. 1.

Patientin befand sich in Steiss-Rückenlage: die Oberschenkel waren gebeugt. *nn* Nabelnarbe. *utG* auf die Haut projicierte Uterusgrenze. *BlG.* auf die Haut projicierte Blasengrenze. *Bl* Blase. *Sch* Schleimhautstreifen, der die kleinen Labien im vorderen Antheil von einander trennt. *L. m.* Labium minus. *Cl.* Clitoris. *U. D.* Defect der vorderen Urethralwand. *O. v.* Ostium vaginae. *Cr.* Columna rugarum posterior. *A.* Anus.

Das tumorartige Gebilde oberhalb des Lig. interpub. gleicht ungefähr einem Kugelsegment, dessen höchster Punkt das Niveau seiner Umgebung um 2—3 cm überragt. Sein Durchmesser in horizontaler Richtung beträgt 8 cm, der in verticaler 7 cm. Seine Oberfläche ist dunkelbraun pigmentiert, zeigt stellenweise streifige Zeichnung, ist glatt und geht ohne Unterbrechung in die Haut der Bauchdecken über. Während der Uebergang des Tumor auf seine Umgebung nach rechts hin, nach oben und unten ein allmählicher ist, so sieht man links eine scharfe Grenze, die durch eine von der Bauchhaut, nach Art der Nabelfalten, gebildete, niedere Hautfalte dargestellt wird. Die Consistenz dieses Gebildes erweist sich als fluctuierend. Der auf dasselbe aufgelegte Finger dringt leicht in die Tiefe ein und man constatiert, dass das Gebilde von einem festen, fibrösen Ring umschlossen wird, der nur im oberen Antheil (bei NN. in Fig. 1) derb, callös wird. Diese Umrahmung gleicht in ihrem Palpationsbefund vollkommen dem, den

[1]) Tabul. ad demonstr. embryogen. hom. et mammal. Amstelodami 1849.

wir beim Eindringen in den Bruchsack von Seiten des Bruchringes zu empfinden gewohnt sind. Zur weiteren Klarstellung wurde der Katheter gesetzt. Das Gebilde verkleinerte sich während des Harnabflusses und der Schnabel des Katheters war durch eine 3—4 mm dicke Schichte hindurch für die aussen aufgelegte Hand deutlich wahrnehmbar. Dass jenes Gebilde somit die Blase darstellt, war nun klar. Mit dem Katheter bestimmte ich auch die äusserste Grenze der Blase und habe ihre Projection auf die äussere Haut mit dem dermatographischen Stifte angezeichnet (Fig. 1, Bl. G.).

Das äussere Genitale verleugnet seine gewöhnliche Gestaltung in sehr wesentlichen Punkten; es macht den Eindruck, als wäre es durch die bedeutende Querspannung des Beckens entfaltet worden und als hätte es dadurch seine Modellierung eingebüsst. Andererseits fällt der breite Damm auf, der das Genitale in seiner sagittalen Richtung zu verkürzen scheint.

Die grossen Labien sind als niedere Wülste leicht angedeutet. Nach vorne zu divergieren sie gegen die Schenkelbeuge hin. Die kleinen Labien sind auffallend kurz, an ihrer Oberfläche hahnenkammartig gewulstet. Das linke Labium minus, das in einem nach aussen offenem Bogen verläuft, zeigt eine zart angedeutete Zweitheilung, das rechte, mehr gestreckt verlaufende, deutliche Dreitheilung. Die kleinen Labien gelangen nach vorne zu nicht zur Vereinigung, sie sind vielmehr durch einen Schleimhautstreifen, der schürzenartig gegen den Introitus vaginae hin sich erstreckt, von einander getrennt (Fig. 1, Sch.). Dieser Schleimhautstreifen beginnt am unteren Rand einer Hautbrücke, welche die Blase nach unten hin begrenzt. Er gewinnt dadurch, dass seine seitlichen Ränder aufgeworfen sind, eine rinnenartige Gestalt. Gegen den Introitus vaginae zu ist er durchlöchert (in Fig. 2 ist durch diese Oeffnung eine Sonde geführt), was auch so aufgefasst werden kann, als wäre der unterste Rinnenantheil überbrückt, das heisst zu einer Röhre umgewandelt. Im obersten Antheil der Rinne erheben sich 2 Höckerchen zu beiden Seiten der Medianlinie. Unterhalb dieser Höckerchen, einige Millimeter oberhalb der erwähnten Brücke, findet sich am Boden der Rinne gleichsam ein Recessus, bei dessen Sondierung man in die Blase gelangt. In den Höckerchen dürften wir die getheilte Clitoris zu erblicken haben, unterhalb eine abnorme Communication der Urethra nach vorne zu. Diese erscheint eine Strecke weit in ihrer vorderen Wand gespalten, während ihr centraler Theil, ebenso wie ihr peripherer zu einer Röhre vereinigt, erscheint. Der hintere Antheil der Vulvarbegrenzung wird durch einen Lappen gebildet, der als der vorderste Antheil der Kammer zu betrachten ist, und nach hinten bürzelartig hinabhängt (Fig. 1, 2). An der einen Fläche ist er von Schleimhaut bedeckt und trägt den untersten Antheil der Columna rugarum post; an der anderen Fläche ist er von Epidermis bekleidet. Seitliche Einkerbungen an ihm lassen narbige Veränderung erkennen. — Schlagen wir diesen Lappen nach aufwärts, so gleichen sich die seitlichen Einziehungen aus, seine Schleimhautfläche ist gegen das Lumen vaginae gerichtet, die Trennungslinie zwischen Schleimhaut und äusserer Haut bezeichnet den hinteren Vulvarrand. Die seitlichen Einkerbungen, durch die sich die Lappengestalt gebildet hat, müssen artificieller Natur sein, wurden wahrscheinlich durch die Cohabitation bedingt. Denn, würde die früher erwähnte in Fig. 1 u. 2 sichtbare Schleimhautfläche angeborner Weise blossliegen, so hätte sie ihren Schleimhautcharakter wenigstens theilweise eingebüsst. Dies ist aber durchaus nicht der Fall. — Eine Fossa navicularis besteht nicht, da der Damm, sofern wir seine ursprüngliche Gestalt wieder herstellen, bis an das Ostium vaginae heranreicht. Auch von einem Hymen können wir nicht sprechen, da ein solches nur in Form eines niederen Schleimhautwulstes im untersten Vaginalbereich angedeutet erscheint.

Die Vagina ist eng, verläuft gestreckt von vorn nach hinten, ist ungefähr 7 cm lang und erweist sich als ziemlich straff. Die Portio ist aufgelockert, der äussere Muttermund für die Fingerkuppe eröffnet. Der Cervix uteri ist nicht median gestellt, zieht vielmehr nach links und oben, wo wir auch den kindskopfgrossen, hochgradig aufgelockerten Uteruskörper finden. Seine auf die Bauchdecken projicierte Grenze ist in Fig. 1, Ut. G. sichtbar. Das rechte Lig. rot. zieht vom Lig. Poupartii dextr. zu einer Stelle, die

unterhalb des Kreuzungspunktes des Blasen- und Uteruscontours gelegen ist. (Fig. 1, NN.). Daselbst ist auch ein härterer, dem graviden Uterus angelagerter Körper zu verspüren. Da jedoch, wie früher erwähnt, an dieser Stelle der oberen Blasengrenze eine derbe, callöse Masse sich befindet, so lässt sich daselbst kein exacter Palpationsbefund aufnehmen und eine eventuelle Duplicität des Uterus nicht feststellen.

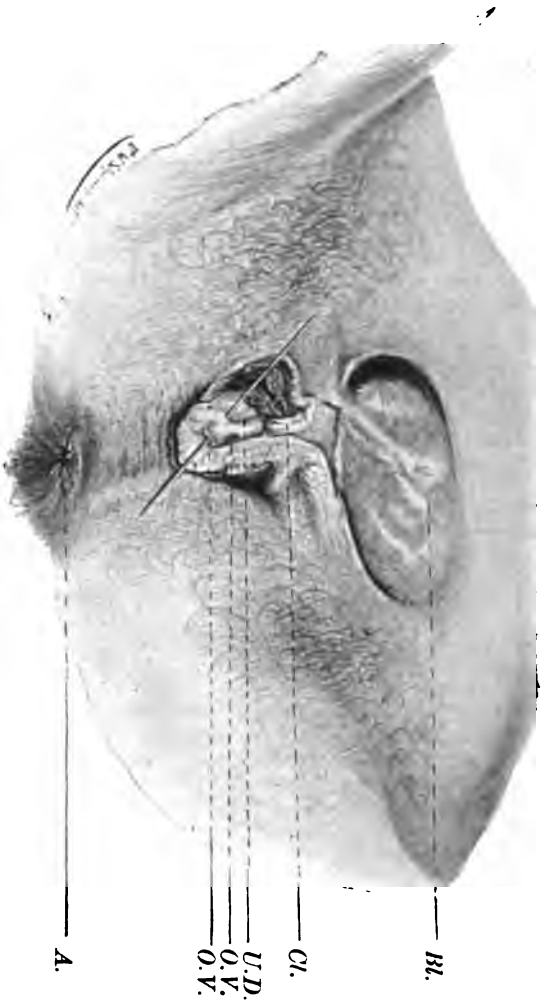


Fig. 2.

Patientin befand sich in Steiss-Rückenlage; die Oberschenkel waren gestreckt. Eine Sonde ist durch den peripheren Antheil der Urethra geführt. Sie wurde durch die defecte vordere Urethralwand eingeführt und trat beim Orific. urethr. extern. aus. *Bl.* Blase. *Cl.* Clitoris. *U.D.* Defect der vorderen Urethralwand. *O. v.* Ostium vaginae. *O. u.* Orificium urethrae externum. *A.* Anus.

Die Untersuchung per rectum lässt erkennen, dass dasselbe unmittelbar der vorderen Kreuzbeinwand aufliegt, dass ein Cavum zwischen Rectum und Kreuzbein, wie es Ahlfeld[1]) bei Bauch- und Blasenspalt gefunden hat, in unserem Falle nicht besteht.

Bevor ich nun an die Beschreibung des Beckens gehe, will ich noch einen Blick werfen über die Abnormitäten, die uns der

[1]) L. c.

Fall bisher im Bereich des Abdomens und des äusseren Genitales geboten hat.

Wie bereits erwähnt wurde, haben wir es mit einer Ectopia vesicae ohne Spaltbildungen der Blase zu thun. Ganz besonders muss hervorgehoben werden, dass sich im Bereich der vorderen Blasenwand keine Narbe findet, die auf einen secundären Verschluss einer gespaltenen Blase deuten würde. Wollten wir als ursächliches Moment für die Entstehung der Bauch- und Beckenspalte eine Berstung der Blase oder ihrer embryonalen Vorstufe, der Allantois, annehmen, so müssten wir den Beweis einer Wiedervereinigung der geborstenen Blase oder Allantois erbringen können, wie es Hecker[1]) und Küster[2]) in je einem Falle gelungen ist. Doch im Bereiche der vorliegenden Blase ist nur an einer Stelle Narbengewebe zu constatieren und zwar an ihrem oberen Pole. Da wir nun an keiner anderen Stelle des Abdomens die Nabelnarbe vorfinden, so wäre der indirekte Schluss gerechtfertigt, diese Narbe als den Nabel anzusprechen. Per analogiam kann diese Annahme noch wesentlich gestützt werden. Beim Neugeborenen entspringt nämlich, wie aus dem Atlas von Ahlfeld[3]) ersichtlich wird, die Nabelschnur aus dem oberen Winkel der Bauchspalte. Die Nabelnarbe muss daher auch im oberen Bereich der Bauchspalte gefunden werden.

Prüfen wir die Blasenoberfläche eingehender, so fällt uns auf, dass die Blase ausschliesslich von der äusseren Haut bedeckt ist. Wie können wir uns diesen eigenthümlichen Befund erklären? Man sollte doch annehmen, dass sich auch Unterhautzellgewebe vorfindet, sofern die Haut, die über die Blase hinzieht, morphologisch gleichwertig ist mit der Haut der Bauchdecken. Ahlfeldt deduzirt aus einer grossen Reihe von Beobachtungen, dass die Bauchspalten beim Neugeborenen mit Nabelschnurbrüchen einhergehen. Nehmen wir nun an, dass auch in unserem Falle ein Nabelschnurbruch vorgelegen wäre, dass der Bruchinhalt von der Blase gebildet war, so ist ihre Bedeckung in dem häutigen Antheile der Nabelschnur gelegen und dieser entbehrt des der Haut sonst eigenthümlichen Fettpolsters.

Von den für die Aetiologie der Bauchspalten herangezogenen Hypothesen will ich nur die Wichtigsten erwähnen und ihre Beziehung auf unseren Fall ins Auge fassen. Mechanische Ursachen, die primär die Blase betreffen, wie sie Rose[4]), Schröder[5]), Winkel[6]), Ahlfeld[7]), Steiner[8]) im Verschluss der Urethra durch Verlöthung derselben, durch Compression von Seiten des Enddarms oder durch ins Becken verlagerte parenchimatöse

---

[1]) Klinik I, p. 122 cit. bei Dohrn; Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. XII.
[2]) Küster, Chirurg. Triennium 1876, 1877, 1878. Cassel u. Berl. 1882.
[3]) Die Missbildungen des Menschen. Leipz.
[4]) Monatsschrift f. Geb.-Kunde XXVI.
[5]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. V. cit. bei Dohrn l. c.
[6]) Deutsche Chirurgie, Krankheiten der weibl. Harnröhre 1885.
[7]) Arch. f. Gyn. X. p. 394, XI. p. 94.
[8]) Arch. f. klin. Chir. XV. p. 369.

Organe der Bauchhöhle annehmen, können wir aus bereits erwähntem Gründen ausschliessen. — Klebs[1]) führt die Spaltbildungen auf Entwickelungsstörungen, bedingt durch das Amnion zurück. Er bezieht sich auf die Beobachtung, dass Spaltbildungen selten solitär localisiert vorkommen, sondern meist gleichzeitig an verschiedenen Körpergegenden. Bei unserer Patientin ist letzteres nicht der Fall. Ahlfeld[2]) meint, dass durch Zug des Dotterstranges am Enddarm, dieser symphysenwärts gezogen wird und dadurch einerseits eine Verdoppelung des inneren Genitales und eine Spaltbildung der äusseren Decken, des Beckens und der Blase erfolgt, andererseits der Enddarm von seiner Rückwand derart abgehoben wird, dass sich hinter ihm eine Bucht entwickelt, in die sich allmählich Darmschlingen oder auch parenchimatöse Organe einlagern. Eine derartige Bucht besteht, wie bereits hervorgehoben wurde, bei unserer Patientin nicht. — Thiersch[3]) erklärt die Spaltbildung durch eine abnorm frühzeitige Entwickelung des Dammes, der im Gegensatz zur Norm sich früher bilde als die Geschlechtshöcker, und so die normale Entwicklung des Letzteren, ebenso wie die Vereinigung des Beckens und der Bauchhöhle hindern. Auch in unserem Falle zeigt der Damm eine bedeutende Ausbildung, ob dies jedoch als ursächliches Moment für die Spaltbildung zu betrachten ist, oder ob sich der breite Damm erst infolge der Spaltbildung entwickelt hat, lässt sich nicht entscheiden. — Diese Theorien wurden von Reichel[4]) in eingehendster Weise untersucht und kritisiert; er fasst die Spaltbildung als Hemmungsbildung auf „infolge vollkommenen oder theilweisen Ausbleibens der Verschmelzung der Ränder der Primitivrinne zum Primitivstreifen.“ Diese Auffassung, die von keiner Berstung der Blase, von keiner Verlagerung des Enddarms ausgeht, sondern die Bauchspalte als Hemmungsbildung hinstellt, erscheint geeignet, auch den vorliegenden Fall zu erklären; wenn auch die Ursache für die Hemmungsbildung verborgen bleibt. Weiters müssen wir annehmen, dass der Nabelstrang kegelförmig von den Grenzen des Bauchdefectes entsprungen wäre, in seinem oberen Antheil den Urachus, in seinem Inneren die Blase bergend.

Aehnliche Fälle, bei denen die vorne geschlossene Blase in einem Bauchwanddefect vorliegt, finden sich nur spärlich verzeichnet. Lichtheim[5]) beobachtete bei einem achtjährigen Knaben eine ähnliche Hemmungsbildung. Ueber dem kurzen Penis wölbte sich eine lebhaft rothe, oberflächlich mit feuchten Granulationen bedeckte Geschwulst vor, die 3 cm im Durchmesser hatte. Zwischen dieser Geschwulst und dem Proc. xiph. war kein Nabel zu finden, als Rudiment eines solchen musste eine am oberen Rand der Geschwulst gelegene, halbmondförmige

[1]) Handbuch der path. Anat. I. 688.
[2]) Missbildungen des Menschen, Leipz.
[3]) Berl. klin. Wochenschr. 1875, p. 445.
[4]) Langenbeck's Arch. f. klin. Chirur. XXVI, p. 740.
[5]) Langenbecks Arch. f. klin. Chirur. XV. p. 471.

Erhebung angesehen werden. Die Geschwulst liess sich reponieren und man fühlte dann einen scharfrandig begrenzten Defect der Bauchdecken. Die Schambeine klafften auf 5 cm. Am Dorsum penis fand sich ein median gelagerter Schleimhautstreifen; die Corpora cavernosa penis waren nicht so innig aneinandergelagert, als es sonst zu sein pflegt. Unter denselben verlief die Urethra.

Die Aehnlichkeit, die den Lichtheim'schen Fall mit dem unsrigen verbindet, ist eine bedeutende, sie bezieht sich auf die Vorlagerung einer ungespaltenen Blase in einen Defect der Bauchwand. Ein Unterschied besteht darin, dass bei Lichtheim die Blase von einer Granulationsfläche bedeckt war, während sie bei uns einen epidermalen Ueberzug trägt. Eine Erklärung für seinen Befund zu geben, war Lichtheim, trotz mikroskopischer Untersuchung excidierter Granulationen, nicht im Stande.

Zwei weitere Fälle dieser Art finden sich in der älteren Litteratur verzeichnet.

Stoll[1]) skizziert einen solchen, den er an einem 15 Monate alten Knaben beobachtete, mit folgenden äusserst prägnanten Worten: Supra ossis pubis tumor, dimidiatum gallinae ovum magnitudine aequans, subrotundus. Re acurate examinata constitit, esse vesicam urinariam, aut ejus quandam partem, quae inter musculos abdominis rectos, a se invicem dimotos, supra ossis pubis herniose prodiit.

Den zweiten Fall berichtet Vrolik[2]). Bei einem $1^1/_2$jährigen Knaben lag die Blase in einer vorderen Bauchspalte bloss, oberhalb der Blase war die Nabelnarbe zu finden, unterhalb derselben nahm der Penis seinen Ursprung. Die Eltern des Kindes erinnerten sich, dass in der ersten Zeit Urin aus zwei basal gelegenen Oeffnungen abträufelte; dieser Zustand war jedoch bald geschwunden und der Knabe urinierte dann in normaler Weise; die betreffenden Ausmündungsstellen waren noch in Form zweier narbig eingezogener Stellen sichtbar geblieben. Im Alter von 6 Jahren starb der Knabe. Die Section ergab, dass nicht die Blase in toto vorgelegen war, sondern nur ihr kleinerer, oberer Antheil, der sich sanduhrförmig gegen den grösseren, im Becken befindlichen abgrenzte. Das Becken war gespalten, im Querdurchmesser des Eingangs verbreitert, im geraden Durchmesser verkürzt.

Wenn wir auch diese Fälle mit dem unsrigen vergleichen, so fällt uns als besonderer Unterschied nur auf, dass im Falle Stoll der Beckengürtel abgeschlossen war, und dass bei dem von Vrolik beschriebenen Falle in den ersten Lebensmonaten die vordere Blasenwand an zwei Stellen perforiert war. In Bezug auf die Verlagerung der ungespaltenen Blase in eine Bauchspalte, stehen diese vier Fälle (Stoll, Vrolik, Lichtheim und der unsrige) allein da. Unser Fall wäre also der erste, der am Weib, speciell am Erwachsenen, beobachtet wurde.

---

[1]) Ratio medendi pars III. Vindob. 1830.

[2]) Tabul. ad demonstr. Embryog. hom. et mammal. Amstelodami 1849. Tab. XXX.

Das äussere Genitale zeigt jene Anomalie, die wir als Epispadie bezeichnen. Nagel[1]) unterscheidet vier Grade derselben, je nachdem sich die Spaltbildung auf die Corpora cavernosa clitoridis, auf einen Theil der vorderen Urethralwand, auf die ganze vordere Urethralwand oder auch auf die Symphyse und die vordere Bauch- und Blasenwand erstreckt. Unser Fall gehört nach der Eintheilung Nagel's in die zweite Kategorie. Der Defect der Urethra ist ein partieller, er bezieht sich auf eine Strecke von ungefähr $^3/_4$ cm, sofern die Harnröhrenwand durch einen leichten Zug zur Entfaltung gebracht wird. Entfällt dieser Zug, so kann man nur eine unregelmässige, rundliche Oeffnung unterhalb der Clitoris bemerken. Die daselbst eingeführte Sonde dringt, nach aufwärts geleitet, das Ligamentum interpubicum umgehend, in die Blase ein. Führt man die Sonde nach abwärts, wie es in Fig. 2 geschah, so gelangt sie durch eine glattrandige, von Schleimhaut gebildete, vaginalwärts gelegene Oeffnung, dem normalen Orif. urth. ext. wieder aus.

Die Spaltung der Clitoris ist eine weniger deutliche als in anderen Fällen, da die Clitoris im vorliegenden Fall nur rudimentär entwickelt ist. Der Nachweis ihrer Corp. cavern. war palpatorisch nicht möglich.

Die auffallende Breite des Dammes sie beträgt $4^1/_2$ cm und sein scharfer Uebergang in die Vagina, was den Ausfall einer Fossa navicularis zur Folge hat, wurde bereits hervorgehoben.

Das knöcherne Becken weist eine Reihe interessanter Veränderungen auf, die in besonderem Maasse geeignet erscheinen, die statischen Verhältnisse, unter denen das Becken im Allgemeinen steht, zu beleuchten, die Wechselbeziehungen zwischen dem Gesammt-Skelett und dem Beckengürtel unter gewissen pathologischen Verhältnissen, hier durch Ausfall der knöchernen Symphyse, zu demonstrieren.

Unsere Pat. besitzt einen kräftigen Knochenbau, der jeden Rückschluss auf diffuse Rhachitis verbietet. Die Halswirbelsäule ist stark lordotisch gekrümmt und weist, von einer seitlichen Deviation des Proc. spin. des 4. oder 5. Halswirbels abgesehen, nichts Pathologisches auf. Wohl aber das Brustsegment. Dieses ist arcuär kyphotisch gekrümmt und zwar graduell sowohl, wie seiner Form nach, über das Physiologische hinausgehend. Der ansteigende Schenkel verläuft in einem sanften Bogen bis zum 7. oder 8. Brustwirbel und geht allmählich in den mehr gestreckt verlaufenden absteigenden Krümmungsschenkel über. Dieser umfasst die unteren Brust- und oberen Lendenwirbel. Im weiteren Verlauf ist die Wirbelsäule stark lordotisch geformt. Der 4. und 5. Lendenwirbel sind tief eingesunken und entziehen sich einer deutlichen Palpation. Zu beiden Seiten der Dornfortsätze springen die langen Rückenmuskeln in Form deutlich markierter Muskelwülste vor. Eine seitliche Verkrümmung bietet die Wirbelsäule nicht. — Die unteren Extremitäten verlaufen von den weit ausladenden Hüftgegenden aus convergierend zu einander. Die Innenflächen der Oberschenkel sind in der Schamgegend auf Handbreite von einander entfernt und begrenzen dadurch,

---

[1]) J. Veit, Handbuch der Gynäcol. Bd. I.

dass sich die Kniee bei Fersenschluss berühren, bei dieser Stellung einen Raum von Dreiecksgestalt, dessen Basis oben, dessen Spitze nach unten zu liegen kommt. Die Femora sind leicht nach aussen rotiert, die Füsse nehmen eine Valgus-Stellung ein.

Von rückwärts betrachtet (Fig. 3) wird die Breite des Beckens noch augenfälliger. Die Trochanteren springen weit ausladend vor. Die hinter ihnen gelegenen Grübchen sind weit über die Norm gehend vertieft (Fig. 3); es macht den Eindruck, als wären die Trochanteren aus den sie sonst deckenden Musc. glut. max. herausgewälzt, als würde sich ihre periphere Insertionslinie, die Trochanteren selbst meidend auf die Linea aspera beschränken. Es besteht in dieser Hinsicht eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Falle von Pelvis inversa, in dem Winkler[1]) Anomalien der Insertionsart der Musc. glut. max. nachwies.

Das Becken für sich betrachtet, weist eine grosse Reihe von Abnormitäten auf: sie stimmen im wesentlichen mit jenen von Litzmann[1]) am Spaltbecken beobachteten und beschriebenen überein. Die horizontalen Schambeinäste klaffen bei vollständiger Adduction der Beine auf 12 cm, werden die Beine in extreme Abductionsstellung gebracht, so erweitert sich der Symphysenspalt auf 14 cm. Legt man die Hände an die Darmbeinschaufeln und übt einen beiderseitigen Druck aus, so verspürt man, dass das Becken dem Druck folgt, dass es „federt". Bei horizontaler Rückenlage der Patientin

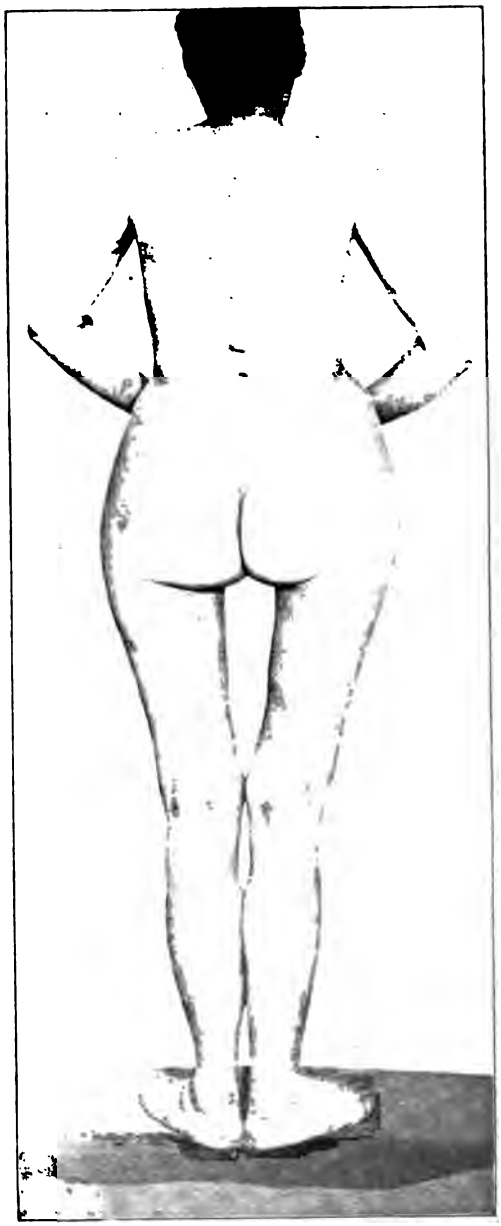


Fig. 3.

Patientin wurde bei aufrechter Stellung von rückwärts betrachtet: die Breite des Beckens, die Divergenz der Oberschenkel wird hierbei besonders auffällig.

[1]) Arch. f. Gyn. IV., p. 266.

sieht man von vorne aus das äussere Genitale derselben, das ganze Perineum, sowie den untersten Antheil der Nates (Fig. 1). Dieses Verhalten lässt schon eine Verminderung der Beckenneigung wahrscheinlich erscheinen. Man überzeugt sich von derselben mit Sicherheit, wenn man die Pat. bei aufrechter Stellung en profil betrachtet. Fasst man die Endpunkte der Conj. ext. ins Auge, so kann man den Winkel, den sie mit der Horizontalebene bildet, mit höchstens 40—50° beziffern. Gleichzeitig wird die geringe Tiefendimension des Beckens höchst auffällig.

Das Kreuzbein liegt tief, ist mit seiner Basis ins Becken eingesunken. Die ihm sonst eigene, nach hinten gerichtete Convexität hat es eingebüsst; es verläuft gestreckt von vorne oben nach unten und hinten. Die Steissbeinwirbel sind beinahe rechtwinklig gegen das Kreuzbein abgeknickt. — Die Hüftbeine sind abgeflacht, mit ihrem hinteren Antheil frontal gestellt, biegen dann für ein kurzes Stück in die Sagittal-Ebene um. Ein abermaliges Einlenken in die Frontalebene unterbleibt, weshalb auch die Cristal-Distanz kaum von der Spinal-Distanz differiert. Der vordere Abschluss des Beckenringes wird von den horizontalen Schambeinästen und des zwischen ihnen eingelagerten Ligaments hergestellt. Der Verlauf dieser Theile ist kein bogenförmiger, vielmehr ein gestreckter: es macht den Eindruck, als wäre der vordere Beckenhalbring vom Bogen auf seine Sehne reduciert. Die horizontalen Schambeinäste sind $3^1/_2$ cm lang; ihre Verbindungen mit den Darmbeinen, die Tub. ileo-pectin. sind aufgetrieben und lassen eine scharfe Nahtlinie erkennen, die von aussen und hinten nach vorne und medialwärts zieht.

Die Symphysenflächen sind sehr hoch und entfernen sich nach unten zu etwas von einander. Nur in ihrem obersten Antheile sind sie durch das daumendicke, derbe Lig. interpub. mit einander in Verbindung gesetzt.

Bei der inneren Untersuchung gelangt man unerwartet schnell an die vordere Kreuzbeinfläche. Diese ist in ihrer ganzen Ausdehnung leicht zu betasten. Die Kreuzbeinbasis erscheint besonders genähert; das Promontorium ist leicht erreichbar; der 2. Kreuzbeinwirbel ist gegen den 1. winkelig abgeknickt. Die beiderseitigen Reihen der Foram. sacr. ant. sind einander genähert, das Kreuzbein ist somit schmal. Die Beckenbuchten sind seicht. Die Hüftbeine sind mit dem Kreuzbeine gelenkig verbunden. Eine knöcherne Vereinigung, wie sie Freund[1]) in einem Fall von Spaltbecken annahm, lässt sich bei unserer Pat. mit Sicherheit ausschliessen. Die von innen an die Synchondr. sacr. iliac. aufgelegten Finger verspüren bei umfangreichen Bewegungen des Oberschenkels auch Dislocationen zwischen Kreuz- und Darmbein. — Die Abtastung der Lin. termin. ist schwierig, da die Breiten-Dimension des Beckens eine höchst bedeutende ist. Der Beckeneingang hat ungefähr Nierengestalt. Der gerade Durchmesser ist verkürzt, der quere wesentlich vergrössert. Die hintere Begrenzung des Beckenraumes wird vom Kreuzbein und dem frontal gestellten Antheil der Darmbeine gebildet, der seitliche durch die Darm- und Sitzbeine, der vordere fast ausschliesslich von den horizontalen Schambeinästen und dem Lig. interpub. Die Höhe der seitlichen Beckenwände entspricht ungefähr der Norm. Die absteigenden Schambeinäste nehmen eine zu einander beinahe parallele Verlaufsrichtung ein: desgleichen die aufsteigenden Sitzbeinäste. Die Tub. ischii sind massig entwickelt, nach aussen etwas concav gewölbt. Die Foram. obturat. sind allseitig abgeschlossen, in ihrer Breitenausdehnung verkürzt; ihre Ebene, die sonst von vorn und oben nach unten und hinten zieht, ist in sagittale Richtung verlagert. — Die Lig. spin. sacra springen stark gegen die Beckenhöhle vor. Die Lig. tub. sacra entziehen sich einer deutlichen Betastung.

Die folgenden tabellarisch zusammengestellten Maasse sollen das Bild der vorliegenden Beckenform vervollständigen. In Bezug auf die Art der Messung sei nur erwähnt, dass als vorderer Punkt der Conj. diag. und der Conjugata der Beckenenge die Mitte der unteren Begrenzungslinie des Lig. interpub. angenommen wurde.

---

[1]) Arch. f. Gyn. III.

Dist. spin. il. ant. sup.	$30^1/_4$
„ crist.	31
„ troch.	38
„ spin. il. ant inf.	$20^1/_2$
„ „ „ „ „ ad sup. derselben Seite	$9^1/_2$
„ tuberc il.-pect.	15
„ ossis pubis am oberen Rand	$11^1/_2$
„ „ „ „ unteren „	$13^1/_2$
Höhe der Symphysenflächen	$5^1/_2$
Conj. ext.	15
„ diag.	9
Dist. des medialsten Punktes des Os pub. zur Spin. il post sup. derselben Seite	$16^1/_2$
„ des medialsten Punktes des Os pubis zum Proc. spin. des 5. Lendenwirbels	$15^1/_2$
Conj. der Beckenenge	$7^1/_2$
Diam. transv. des Ausgangs	13

Fassen wir nun die in unserem Falle gefundenen Maasse genauer ins Auge, so finden wir, dass das Becken sowohl im Eingang als im Ausgang eine bedeutende Verbreiterung aufweist, die mit einer Verkürzung der geraden Durchmesser einhergeht. Es sind dies Formveränderungen, die wir, — bis auf die Verkürzung des geraden Durchmessers im Ausgang, — auch an den rhachitischen Becken zu finden gewohnt sind. Litzmann hat auch auf ihre Aehnlichkeit und ihre analoge Aetiologie hingewiesen. So wie Litzmann in seinem Falle, so können auch wir in dem unsrigen Rhachitis als ursächliches Moment der Umgestaltung des Beckens ausschliessen. Dem Becken fehlen sogar wichtige, für das rhachitische Becken charakteristische Eigenthümlichkeiten, wie leistenartiges Vorspringen der Kreuzbein-Wirbel-Epiphysen, Vertiefung der Beckenbuchten. Wohl aber lässt sich die abnorme Configuration des Beckens und der Wirbelsäule durch den Ausfall des knöchernen Beckenabschlusses in seinem vorderen Antheil ungezwungen erklären. Soweit es das Becken betrifft, hat es Litzmann[1]) gethan! Die Rumpflast drängt nach seiner Darstellung bei vorgeneigter Haltung das Kreuzbein zwischen die Hüftbeine nach abwärts und vorne. Durch die stärkere Anspannung seiner Aufhängebänder bewirkt es eine Annäherung der hinteren Hüftbeinenden; wird es nun an irgend einem Punkte zwischen diesen eingeklemmt, so erfolgt eine Drehung des Kreuzbeins um diesen Punkt; seine Basis tritt tiefer, seine Spitze weicht nach hinten ab. Bei dieser Vorbewegung der Kreuzbeinbasis werden durch Spannung der Aufhängebänder die hinteren Hüftbeinenden umsomehr einander genähert, die Hüftbeine um ihre durch die Schenkelköpfe gehenden Vertical-Axen um so stärker gedreht und um so fester im Ileo-Sacralgelenk gegen die Seitenflächen des Kreuzbeins angepresst, der ganze Beckenring um so mehr in die Quere gespannt werden, als der dieser Bewegung unter normalen Verhältnissen in der Symphysis ossis pubis sich entgegensetzende Wider-

[1]) l. c.

stand hier, wenn auch nicht gänzlich entfällt, so doch erheblich vermindert war.

In consequenter Weise müssen wir uns die Formveränderungen im Bereich der Wirbelsäule, die vermehrte Kyphose im Brustsegment, die vermehrte Lendenlordose und die verminderte Beckenneigung erklären. Zur Zeit, da die Rumpflast auf das Kreuzbein einzuwirken begann, das ist jene Zeit, in der die Patientin gehen lernte, wurde das Kreuzbein in physiologischer Weise gegen die Wirbelsäule abgeknickt, es entwickelte sich die physiologische Stellung des Kreuzbeins, die physiologische Lendenlordose. Aus diesen physiologischen Verhältnissen entwickelten sich jedoch alsbald pathologische, da dem zunehmenden Drucke der Rumpflast nicht der gewöhnliche Widerstand entgegengestellt werden konnte. Das Kreuzbein trat, solange sein Bandapparat es ihm gestattete, nach unten und vorne, ging dann in der bereits skizzierten Weise seine Drehbewegung um eine Horizontal-Achse ein. Dem oberen Antheil des Kreuzbeins folgte auf Grund der innigen, ligamentösen Verbindung mit demselben die untere Lendenwirbelsäule, auch diese wurde nach vorn verlagert, wodurch die Lendenlordose entstehen musste. Die gesteigerte Lendenlordose hat eine Vermehrung der Beckenneigung zur Folge. Sobald diese aber jenen Grad erreicht, dass das Promontorium, der Angriffspunkt der auf das Becken einwirkenden Rumpflast, vor die horizontale, durch die Acetabula gehende Beckenaxe fällt, ist die aufrechte Haltung nur durch Muskelaction durchführbar, oder sofern diese versagt, ist sie überhaupt unmöglich. Bei der im gegebenen Falle bestehenden Plattheit des Beckens, dem Tiefstand des Promontoriums einerseits und dem durch die Stellung der Darmbeine andererseits bedingten Zurückgewichensein der Acetabula genügte eine geringgradige Vermehrung der Beckenneigung, um das Promontorium vor die horizontale Beckenaxe zu bringen und die aufrechte Haltung in der erwähnten Weise zu gefährden. Um die Schwerpunktslinie nach rückwärts zu verlagern, drehte sich das Becken in toto derart um seine Horizontal-Axe, dass das Promontorium sich nach hinten und, da es höher als die gedachte Axe stand, nach unten, während der vordere Beckenabschnitt sich aufwärts bewegte. Diese Art der Drehung führte somit zu einer Verminderung der Beckenneigung. Denselben Modus der Gleichgewichts-Compensation treffen wir bei graviden Frauen häufig an;[1]) diese verlagern bisweilen die durch den Uterustumor nach vorne verlegte Schwerpunktslinie auch durch Verminderung der Beckenneigung nach hinten.

Die veränderte Einstellung des Beckens musste auch Gestaltsveränderungen der Wirbelsäule nach sich ziehen. Normaler Weise zieht die Schwerpunktslinie des Rumpfes durch den 6. Hals-, den 9. Brust- und 3. Kreuzbeinwirbel.[2]) Wird die

[1]) Kuhnow, Arch. f. Gyn. B. 35 p. 436.
[2]) Müller: Arch. f. Anat. u. Phys. 53.

Beckenneigung vermindert, so trifft die Schwerpunktslinie nicht mehr die vorerwähnten Punkte; wäre dies nämlich der Fall gewesen, wäre die Statik nicht gestört worden. Der Umstand aber, dass die Schwerpunktslinie nach vorne verlagert wurde, verlangte eine Correctur der statischen Verhältnisse und zwar bis zu dem Grade, dass die Schwerpunktslinie den unteren Antheil der Wirbelsäule treffend ins Fussviereck falle; da sonst die Stabilität wesentlich geschädigt wäre, was bei unserer Patientin aber nicht zutrifft. Wir sind somit zur Annahme gedrängt, dass die Beckenneigung soweit vermindert wurde, dass die Schwerpunktslinie die Wirbelsäule im prominentesten Theile ihres unteren Abschnittes, dem 4. oder 5. Lendenwirbel, eben noch treffen musste. Dadurch spannt sich die Schwerpunktslinie, als Sehne gedacht, über einen grösseren Bogen aus, über einen grösseren als in der Norm; gewöhnlich reicht er vom 6. Hals- zum 9. Brustwirbel, in unserem Falle von ungefähr gleicher Höhe bis zum 4. oder 5. Lendenwirbel. Je grösser aber die Entfernung einer nach Art einer Sehne wirkenden Kraft von ihrem zugehörigen Bogen ist, um so grösser ist der Horizontalschub in demselben; desgleichen wächst er mit Zunahme der Bogenlänge. Diese Momente, ein vermehrter Abstand der Wirbelsäulenkrümmung von der Schwerpunktslinie (Höhe des Bogens) und eine gesteigerte Bogenlänge erklären in unserem Falle das Zustandekommen der vermehrten Kyphose im Brustsegment der Wirbelsäule.

Die Gestaltsveränderung im Bereich der Wirbelsäule und die verminderte Beckenneigung müssen wir somit derart auffassen, dass das primäre Moment in die Vermehrung der Lendenlordose verlegt wird, zu deren Compensation die verminderte Beckenneigung diente; als weitere Folge derselben trat die Kyphose im Brustsegment auf.

Als Beleg für die vollständige Herstellung des statischen Gleichgewichtes spricht der sichere, schmalspurige Gang der Patientin, die auch complicirtere Bewegungen wie Laufen, Springen, Tanzen ausführen kann. Die Zeit der Compensation muss in die Jugend, in die Zeit des Knochenwachsthums zurückverlegt werden, wofür auch die Anamnese geltend gemacht werden kann.

Die praktische Seite des Falles betreffend müssen die bisherigen Beobachtungen von Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf bei Spaltbecken und Ectopia vesicae ins Auge gefasst werden, um eine Basis zu gewinnen, von der aus der vorliegende Fall beurtheilt werden soll.

Es sind bisher 7 Fälle von Geburt bei bestehendem Spaltbecken beobachtet worden; es berichten über dieselben Ayres[1]),

---

[1]) Congenital ectrophie of the urinary bladder etc. New-York 1859.

Bonnet[1]), Gusserow[2]), Günsburg (2)[3]), Litzmann (Kirchhofer)[4]), Klein[5]).

In einem Falle (Litzmann) erreichte die Schwangerschaft ihr normales Ende nicht. Eine Senkung des Uterus wurde hierfür als ursächliches Moment hingestellt, und zwar mit der Begründung, dass durch das Tiefertreten der Portio, diese mechanischen Reizen ausgesetzt war, durch welche die Wehenthätigkeit ausgelöst wurde. Wenn wir diese Erfahrung auch auf unseren Fall übertragen, müssen wir zugeben, dass die Portio auch in unserem Falle abnorm tief steht. Doch ist es unwahrscheinlich, dass bei weiterem Wachsthum des Uterus ein Tiefertreten der Portio zu erwarten sei; der Abschluss des Beckens ist bei unserer Patientin im Gegensatz zu der von Litzmann beschriebenen durch ein Lig. interpub. gegeben und dieses dürfte die Tragfähigkeit für den graviden Uterus besitzen. Wohl aber können wir in einer eventuellen Duplicität, die wir mit Sicherheit weder annehmen noch ausschliessen konnten, ein die Schwangerschaft unterbrechendes Moment erblicken. So fand Pfannenstiel[6]), dass bei Uterus didelphis in 42,3 pCt. Abortus oder Frühgeburt eintrat; die Ursache hierfür dürfte in einer Unterentwickelung der Uterus-Substanz gelegen sein.

Die Geburtsprognose ist nach den bisherigen Erfahrungen günstig zu stellen; von Seiten des knöchernen Beckens haben sich bisher niemals abnorme Widerstände geltend gemacht. Wenn die Becken auch hochgradig abgeplattet waren, besassen sie doch eine derartige Dehnbarkeit in ihrem vorderen durch Weichtheile gebildeten Antheile, dass das Kind anstandslos den Beckeneingang überwinden konnte. In dieser Hinsicht dürfte sich die Entbindung unserer Patientin vollkommen analog den in der Literatur verzeichneten abspielen. Bedeutende Widerstände werden sich jedoch am Beckenboden geltend machen. Wie aus Fig. 1 und 2 ersichtlich wird, ist die Vulva abnorm klein, der Damm ausserordentlich breit. Wenn wir bedenken, dass wir es auch mit einer relativ alten, mit einer 33jährigen Primipara zu thun haben, bei der die Dammgebilde sehr rigide sein dürften, so wird der Durchtritt ausgiebige Episiotomieen erheischen. Wir finden auch, bis auf eine einzige Ausnahme, bei sämmtlichen in der Literatur aufgezeichneten Fällen die Angabe, dass tiefe Episiotomieen vorgenommen werden mussten. Verletzungen, wie sie bei künstlichem Symphysenspalt — bei der Symphyseotomie — sich bisweilen ereignen, scheinen bei dieser Art von Fällen nicht zu drohen, da sich die Dehnung allmählich vollzieht.

---

[1]) Philosoph transact. V. 53. 1724 cit. bei Litzmann l. c.
[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1879.
[3]) Günsburg u. Predtetschersky. Petersburger med. Zeitschr. 1872, 1873 cit, bei Klein l. c.
[4]) Arch. f. Gyn. IV.
[5]) Arch. f. Gyn. XLIII. p. 549.
[6]) Festschr. d. deutsch. gyn. Gesellsch. 1894.

Die wesentlichsten Nachtheile stellen sich erfahrungsgemäss im Wochenbett ein. Mit Ausnahme der von Günsburg und Litzmann berichteten Fälle — p. p. an Endometritis septica — erfolgte im Wochenbett Prolapsus uteri. Die Ursache desselben liegt jedenfalls in der hochgradigen Schädigung, denen die Dammgebilde bei der Geburt ausgesetzt sind. Durch Episiotomieen in einer Länge von 4—5 cm wird nicht nur der Musc. sphinct. cunni getroffen, auch der Musc. levator ani und die ihn deckenden Fascien, die Fasc. perin. propr. und die Fasc. endopelvina werden durchtrennt. Damit entfällt die wesentliche Stütze der vorderen Vaginalwand, was um so stärker ins Gewicht fällt, als bei Spaltbecken der Verlauf der Vagina ein mehr von vorne nach hinten gerichteter zu sein scheint (Freund)[1]). Weiters muss bedacht werden, dass die Durchtrennung der erwähnten Dammgebilde eine um so verhängnisvollere Bedeutung annimmt, als die Wahrscheinlichkeit einer Reunio p. pr. bei den gewöhnlichen Formen von Ectopia vesicae gering ist. In den bisherigen Fällen dürfte auch eine solche ausgeblieben sein, da der aus der blossliegenden hinteren Blasenwand stets abträufelnde Harn trotz Seitenlagerung der Wöchnerin die Wundflächen am Damm doch berieselte und eine Heilung p. pr. vereitelte. Anders steht es bei unserer Pat.; bei dieser ist die Aussicht auf eine exacte Wundheilung nicht getrübt, da die Harnblase nach vorne zu abgeschlossen ist und auch keine Incontinentia urinae — eine häufige Begleiterscheinung der Epispadie[2]) — besteht. Die Wochenbettsprognose für unsere Pat. muss nach diesen Ueberlegungen ebenso günstig wie die Geburtsprognose lauten.

Meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Professor Dr. Friedrich Schauta, spreche ich an dieser Stelle meinen innigsten Dank für die bereitwillige Ueberlassung des Falles aus.

Nachtrag.

Am 24. Juli 1897 liess sich Frau A. W. abermals in die Klinik aufnehmen. Nach ihrer Angabe sollen seit 14 Stunden Wehen bestanden haben, die seit 2 Stunden mit bedeutenden Schmerzen verbunden waren. Das Fruchtwasser soll kurz vor der Spitalsaufnahme abgeflossen sein.

Um 12 h 30 p. m. wurde folgender Status aufgenommen. Das Abdomen ist stark vorgewölbt, speciell in seinen oberen Parthieen, der Uterus ist median gelagert, reicht seitlich bis in die beiden Mammillarlinien; sein Fundus steht drei Querfinger unter dem proc. xiph. Während der Uteruscontractionen lässt sich constatiren, dass der fundus uteri in der Mitte leicht eingesattelt ist, dass ein mässiger Grad von uterus arcuatus besteht.

---

[1]) Arch. f. Gyn. III. 381.

[2]) Zweifel: Deutsche Chirurgie: Die Krankh. d. äuss. weibl. Genit. u. Dammrisse. 85. — Winckel: Deutsche Chirurgie: Krankh. d. weibl. Harnröhre. 85. — Nagel: Veit's Handb. d. Gyn. 1896. u. A.

Ueber dem Beckeneingang befindet sich ein gleichmässig harter, grosser Kindestheil, der in Wehenpausen eine seitliche Verschiebung zulässt. Rechts im fundus uteri liegt ein zweiter grosser Kindestheil von geringerer Consistenz als der ersterwähnte. Die grössere Resistenz befindet sich im linken Uterus-Antheil, die kleinen Kindestheile liegen rechts. Die kindlichen Herztöne sind am deutlichsten über dem linken unteren Bauchquadranten hörbar. Die ectopierte Blase ist als prall gespannter Tumor vorgewölbt.

Der MM. ist für 2 Finger eröffnet, der Ce. ist 1 cm lang. Die Blase ist gesprungen, der Schädel mit kleinem Segment im Beckeneingang, die Sagittalnaht verläuft quer, die kleine Fontanelle steht links zu Tistfe.

Im Laufe des Nachmittags und der folgenden Nacht war die Wehenthätigkeit eine äusserst träge; erst um 5 h früh setzten kräftige Wehen ein. Um 5 h 30 früh war der MM. verstrichen und der Schädel ins Becken eingetreten. Um 6 h wird der inzwischen rotierte Schädel in der Vulva sichtbar. Trotz anhaltend kräftigen Wehen und energischer Aktion der Bauchpresse erweitert sich die Vulva nur ungenügend. Der Damm wird in seinem centralen Theile anaemisch, droht daselbst perforiert zu werden. Durch eine tiefe Episiotomie wird dem vorgebeugt. Wenige Sekunden nach erfolgter Episiotomie erfolgt der Austritt des Schädels.

Abgang der Placenta 10 ′ p. p. nach dem Mechanismus Schultze. Naht der Episiotomie durch 6 sorgfältig angelegte Nähte.

Das Kind, das kurz nach der Geburt zu schreien begann, hatte ein Gewicht von 1800 g und eine Länge von 38 cm.

Das Wochenbett verlief afebril. Während der ersten fünf Tage wurde in 3—4 stündigen Intervallen der Katheter gesetzt, um ein Berieseln der Episiotomiewunde mit Harn zu verhindern. Am achten Tage wurden die Nähte entfernt. Es war Heilung p. pr. eingetreten.

Die Wöchnerin verliess am 16. Tage p. p. das Bett, am 18. Tage verliess sie die Anstalt.

Vier Wochen p. p. stellte sie sich abermals vor. Ich constatierte zu der Zeit, dass sich der Uterus in Anteflexio-versio befand, dass er gut involviert war, dass die Portio vag. in normaler Höhe über dem Beckenboden stand. Es war auch keine Andeutung einer prolapsus uteri nachzuweisen.

Aus dem eben geschilderten Geburtsverlauf ersieht man, dass die Geburts- und Wochenbettsprognose, wie sie in vorstehender Arbeit gestellt wurde, sich bewahrheitet hat.

Wien, d. 26. August 1897.

Akiurgisches.

Eine kleine Verbesserung am geburtshülflichen Phantom.

Von

Prof. BAYER

in Strassburg i. E.

Wenn Jemand behaupten wollte, dass die geburtshülflichen Uebungscurse am Phantom mehr eine Vorbereitung für das Examen als für die Praxis sind, so könnte man ihm nicht ganz Unrecht geben. Jedenfalls bildet das gewöhnliche Phantom die Verhältnisse an der Lebenden nur in äusserst unvollkommener Weise nach. Alle Verbesserungen, die auf einen Ersatz für die Weichtheile hinzielen, sind illusorisch, das Anbringen einer Fruchtblase zwecklos. Dagegen lassen sich durch einfache Vorrichtungen, die ich seit Jahren gebrauche, wenigstens die Einstellungen des Kopfes beim engen Becken und die Abwicklung geburtshülflicher Operationen bei diesem vorzeigen. Es sind dies Einsätze aus Blei, die mit fingerdickem Gummischlauch armirt, und schliesslich mit Streifen von Putzleder überzogen werden. Das platte Becken stelle ich dadurch her, dass ich einen vorspringenden Aufsatz auf das Promontorium des Phantoms mit zwei Stiften befestige. Für das allgemein zu kleine, das allgemein ungleichmässig verengte und das schräge Becken benutze ich entsprechende ringförmige Einsätze, die in den Beckenring des Phantoms eingezwängt werden. Sind diese Vorrichtungen angebracht, so lassen sich die verschiedenen Einstellungen des Kopfes über und in dem Beckeneingange vorlegen, und es lässt sich der vorangehende oder nachfolgende Kopf im typischen Mechanismus durch Stellen elastischen Widerstands, den der Gummischlauch leistet, hindurchziehen oder -drücken. Sehr hüsch gestaltet sich namentlich die Extraction mittelst der Axenzugzange, wo die Bewegungen der Griffe langsam und deutlich zur Vorstellung gelangen.

Jeder Klempner kann diese Einsätze anfertigen. Uebrigens bin ich gern bereit, denjenigen Collegen, die sich aus der Beschreibung nicht genügend orientiren können, ein Muster zu besorgen.

Ueber Serumtherapie.

Sammelbericht
von
Dr. FREYHAN
in Berlin.

Den wichtigsten Fortschritt, der auf dem Gesammtgebiete der Therapie im letzten Jahrzehnt zu verzeichnen ist, bedeutet die Einführung der Serumtherapie. Unter allen Krankheiten, bei denen diesbezügliche Versuche angestellt worden sind, ist es unstreitig die Diphtherie, bei der die heilsame Wirkung der Serumtherapie am klarsten zu Tage getreten ist, sodass jetzt trotz aller mehr oder minder schüchternen Anfeindungen das Behring'sche Diphtherieheilserum als eine der wertvollsten Errungenschaften unseres Arzneischatzes anzusehen ist. Ueber die praktische Bedeutung dieses Heilfaktors giebt es eigentlich überhaupt keine abweichenden Meinungen mehr; so möge der Hinweis genügen, dass unter 30 statistischen Zusammenstellungen des letzten Jahres, die zum Teil ein sehr beträchtliches Einzelmaterial umfassen, sich nur drei ungünstige Urteile befinden, während alle übrigen dem Heilserum uneingeschränktes und oft geradezu enthusiastisches Lob spenden. Der Wert der ungünstigen Urteile wird indessen auf ein minimales Maass zurückgeführt, wenn man die von den betreffenden Verff. gezogenen Schlüsse auf die Richtigkeit ihrer Voraussetzungen hin prüft. So leidet das von Rubens, (Therapeutische Monatshefte 1896, April), gesammelte Material an dem Mangel einer einheitlich durchgeführten bakteriologischen Untersuchung. Unter 51 schweren, mit Serum behandelten Fällen endeten 17 letal, während von 46 ohne Serum behandelten 15 starben; aus diesen Zahlen erschliesst R. die Wirkungslosigkeit des Serums. Bei den mittelschweren Fällen kann der Verf. den günstigen Einfluss des Serums nicht ganz ausschliessen. Das absprechende Urteil von Goyens (Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers, März 1896) stützt sich auf einen einzigen Fall, der vier Stunden nach der Seruminjektion zu Grunde ging und von dem G. mit apodiktischer Sicherheit behauptet, dass er durch rechtzeitige Tracheotomie noch hätte gerettet werden können. Auf einem nicht viel grösseren Material, nämlich acht schweren Fällen, fusst Dallmayer (Wiener med. Woch. No. 12, 1897); hier endeten sechs letal; irgend ein Einfluss des Serums auf den Verlauf der Erkrankung soll nicht hervorgetreten sein.

Gewisse, wenn auch nicht sehr erhebliche Nebenwirkungen scheinen der Serumbehandlung unleugbar zur Last zu fallen, wenn es auch nach Behring (Verhandl. des XV. Congr. f. inn. Med.) nur eine Frage der Technik ist, die sie veranlassenden Momente zu beseitigen. Sicher und ausschliesslich der Serumtherapie zuzuschreiben sind die Exantheme, welche in polymorpher Gestaltung von den vorliegenden Forschern beobachtet worden sind. Nach Soerensen (Therap. Monatshefte, August 1896) kommen sie bei der Anwendung

französischen und dänischen Serums häufiger und in intensiverer Form vor als bei der von deutschem. Andere möglicherweise von den Einspritzungen abhängige Nebenwirkungen bestehen in einer Neigung zu Blutungen und in Nierenaffektionen. Perraccini (Gazz. degli osped. e delle clin. 1886. No. 101) beobachtete als Folgeerscheinung in sechs Fällen eine erhebliche Pulsverlangsamung bis zu 40 Schlägen. Es dürfte indessen kaum angängig sein, dieses Phänomen auf Rechnung des Heilserums zu setzen, da ein solcher kritischer Pulsabfall die Reconvalescenz vieler akuter Infectionskrankheiten zu begleiten pflegt. Pistor (Deutsche Aerzte-Zeit. 1896. No. 24) berichtet über eine im Anschluss an die Seruminjektion aufgetretene, sehr protrahirte und wechselvolle Erkrankung, die mit vielfachen Remissionen und Exacerbationen einherging und in der Hauptsache durch fieberhafte und von mannigfachen Exanthemen begleitete Attacken charakterisiert war. Das letzte Exanthem trat drei Monate nach der Injektion auf.

Eine schwere Anklage gegen das Diphtherieheilserum erhebt Langerhans (Berl. klin. Woch. 1896, No. 27), der den Tod seines damit behandelten Kindes auf eine Giftwirkung zurückführt. Er erhebt Einspruch gegen das gerichtliche Gutachten Strassmann's (Berl. klin. Woch. 1896, No. 23), demzufolge der Tod des Kindes wahrscheinlich durch Erstickung infolge von Aspiration erbrochenen Mageninhalts in die Luftwege erfolgt ist, eine Ansicht, die Str. im wesentlichen auf den Befund von Speiseresten in den Luftwegen und auf die ödematiöse Schwellung des Zäpfchens stützt. Beide Momente erkennt L. nicht als Beweise für eine Erstickung an: vielmehr sieht er in dem negativen Obduktionsbefund den Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht. Nach Behring (Fortschritte d. Med. 1897, No. 1) werden die unerwünschten Nebenwirkungen des Diphtherieheilserums nicht durch das therapeutisch wirksame Antitoxin, sondern durch die therapeutisch indifferenten Eiweisskörper, Salze und zufälligen Bestandtheile, die in der Lösung mitenthalten sind, hervorgerufen. Das Diphtherieantitoxin selbst ist nach B.'s Ansicht absolut unschädlich und kann nie und nimmer am gesunden oder kranken Organismus irgendwelche Giftwirkungen ausüben.

In der vordersten Reihe der Behring'schen Gegner ist nach wie vor Liebreich (Verhandl. des XV. Congr. f. inn. Med.) zu finden. Da er sich der Wucht der Thatsachen auf praktischem Gebiete nicht zu entziehen vermag, so beschränken sich seine Einwände auf theoretische Erwägungen, mit denen er das jetzt herrschende System der Serumtherapie zu discreditieren versucht. Nach seiner Ansicht sind die Bakterien nicht die eigentliche Krankheitsursache, sondern sie spielen nur auf einem durch vorherige Erkankung widerstandslosen Nährboden eine sekundäre Rolle, für die er den Namen des „Nosoparasitismus" wählt. Es kommt daher für das einzuschlagende Heilverfahren nicht die äussere bakterielle Ursache, sondern einzig und allein die Vitalität der Zelle in Betracht. Im directen Gegensatze dazu behauptet Behring (ibid.), dass das einzige Mittel, welches eine Infektionskrankheit, wie die Diphtherie, zu heilen vermag, dasjenige ist, welches der Körper sebst produciert, indem er sich gegen das Krankheitsgift immunisiert. Die antitoxsiche Kraft, welche sich im Organismus des hoch immuni-

sierten Tieres aufspeichert, koncentriert sich im Blutserum. Alle Versuche, das Antitoxin chemisch rein darzustellen, müssen als aussichtslos bezeichnet werden, da es sich nicht um eine chemische Substanz, sondern um eine Kraft handle, die garnicht hergestellt werden könne.

Ein nicht minder hartnäckiger Gegner Behring's ist Kassowitz (Wiener med. Woch. 1896, 21—23), der der Ueberzeugung Raum giebt, dass weder das Ueberstehen einer schweren Diphtherie noch die Einverleibung einer grossen Menge von „Immunisierungseinheiten" im Stande ist, beim Menschen eine Unempfänglichkeit gegen die diphtherische Infektion herbeizuführen. Im Gegentheil sei die diphtherische Erkrankung der angeblich Immunisierten sehr häufig eine schwere und führe in vielen Fällen trotz neuerlicher Anwendung von grossen Serummengen zum Tode. Auch Gottstein (Münch. med. Woch. 1897, No. 7) vermag sich mit der Behring'schen Serumtherapie nicht auszusöhnen und knüpft seine neueste Kritik an eine Arbeit von Funk an, in welcher derselbe über gute Erfolge mit einem von ihm dargestellten und durch Bakterienfilter filtrierten Heilserum berichtet. Solche Filter sollen aber nach Martini die Antitoxine zurückhalten, sodass also in dem filtrirten Serum, das Funk so gute Dienste geleistet hat, gar keine specifischen Schutzstoffe enthalten sein konnten. In der That wäre gegen diese Beweisführung nichts einzuwenden, wenn nicht eine neuerliche Arbeit von Dziergowski die Unrichtigkeit der Martini'schen Behauptungen erwiesen hätte.

Was das Tetanusheilserum anlangt, so ist zunächst einiger technischer, von Behring und Knorr (Deutsche med. Woch. 1896, No. 43) angegebener Verbesserungen zu gedenken. Es werden jetzt zwei Sorten von Tetanusantitoxin ausgegeben, deren eine in 1 g 100 Antitoxineinheiten enthält und in einer Dosis von 5 g zu Heilzwecken dient, während die andere mit 5 Einheiten in 1 g zur prophylaktischen Behandlung geeignet ist. Die Urteile über die Heilwirkung des Antitoxins sind noch schwankend, wenn sich auch ein Ueberwiegen der günstigen Tendenz konstatieren lässt; nach Behring (Verh. d. XV. Congr. f. inn. Med.) würde man weit mehr Erfolge sehen, wenn man das Tetanusserum in den Krankenhäusern stets vorrätig hielte. Sahli (Mitteil. aus Klin. u. Inst. der Schweiz, III. Reihe, 6. H.) hält es für zweifellos, dass eine genügende Dosis des Heilserums mit vollkommener Sicherheit grosse Mengen von Tetanusgift unschädlich macht und zwar wahrscheinlich nicht durch direkte Neutralisierung des Giftes, sondern dadurch, dass es die Zellen des Organismus für das Tetanusgift unempfindlich macht. Diejenigen Giftmengen also, welche in den Körper zu einer Zeit gelangen, wo das Heilserum bereits im Blute circuliert, werden durch die Serumtherapie unschädlich gemacht. Sie ist nach seiner Meinung auch im Stande, bei schon ausgebrochener Erkrankung das circulierende Tetanusgift zu paralysieren. aber die deletären Wirkungen, welche das Gift bereits auf die motorischen Ganglienzellen ausgeübt hat, sind nicht mehr beeinflussbar. Die im letzten Jahr mit dem Antitoxin gemachten praktischen Erfahrungen lauten im Grossen und Ganzen nicht ungünstig; zweifellos war der Erfolg in je einem Falle von Turner und Cheatle (Lancet. Dec. 1896), von Cercignani (Riforma med. 1896, No. 228), von

Tomé (Riforma med. 1896, p. 264) und von Willemer (Deutsch. med. Woch., No. 46, 1896). In einem Falle von Hartley (Lancet. Dec. 1895) setzten die Antitoxininjektionen anfänglich die Häufigkeit und Schwere der convulsivischen Anfälle herab, später cessierte die Wirkung; in Farrant's (ibid.) Falle wurden die Krämpfe zwar deutlich seltener und schwächer, ohne dass indessen der tödtliche Ausgang vermieden werden konnte. Eine allmähliche Besserung folgte der Einverleibung des Mittels in den Fällen von Baker (Brit. med. journ. 1896, 28. Nov.) und Ridge (Brit. med. journ. 1896, 12. Sept.). Gänzlich versagte das Mittel in drei Fällen von Macartney (Lancet, 18. Jan. 1896) und in einem Falle von Tracey (ibid. 1. Febr.).

Bei der Tuberculose hat die Serumtherapie trotz der angestrengten Arbeit vieler Forscher noch keine rechten Früchte zu tragen vermocht. In seiner neuesten Arbeit führt Koch (Deutsche med. Woch. 1897, No. 14) den Misserfolg des Tuberculins darauf zurück, dass man bislang die Immunität gegen Infektionskrankheiten als etwas Einfaches und Unteilbares ansah, während sie sich wohl sicher aus 2 Componenten, aus der Immunität gegen die Bakterien selbst und gegen das von ihnen producierte Gift zusammensetzt. Das Tuberculin gewährleistet nur eine Toxinimmunität, nicht aber eine bakterielle. Durch mechanische Zertrümmerung der Bacillen und eine anschliessende Weiterbehandlung ist es ihm jetzt gelungen, ein Tuberculin darzustellen, dem er sehr hohe immunisierende Eigenschaften zuschreibt; es ist ihm geglückt, Meerschweinchen damit so zu immunisieren, dass sie wiederholt Impfungen mit virulenten Culturen ohne Schaden ertragen haben. Bei Lungenkranken wurde eine viel weitgehendere Besserung erzielt als mit dem früheren Tuberculin; Phthisiker eignen sich nur im Anfangsstadium zur Behandlung. Die Priorität der Zertrümmerung der Bakterienzellen durch Zerreiben nimmt Buchner (Berl. klin. Woch. 1897, No. 15) für seinen Bruder Eduard Buchner in Anspruch: er selbst hat der Zerreibung eine Auspressung mit einem Druck von 4 bis 500 Atmosphären nachfolgen lassen; eine specifische Immunisierung mit dem neuen Präparat hält er für möglich. Eine Nachprüfung der Koch'schen Versuche in grösserem Maassstabe auf den Menschen hat noch nicht stattgefunden; nur Langerhans (Verh. des XV. Congr. f. inn. Med.) berichtet über einen Fall von initialer Kehlkopf- und Lungenphthise, der sich unter dem Einfluss des neuen Tuberculins rapid verschlimmerte und nach 6 Wochen starb. Die Sektion ergab eine hochgradige Zerstörung der ganzen Innenfläche des Kehlkopfs, frische käsige Bronchitiden in beiden Lungen und miliare Tuberculose in allen Organen. Behring (ibid.) ist es gelungen, allmählich ein sehr hochvirulentes Tuberculosetoxin durch Behandlung von Meerschweinchen zu gewinnen, das für die therapeutische Verwendung beim Menschen noch ungeeignet erscheint: es wird noch einiger Jahre bedürfen, ehe dieses Antitoxin im Blutserum vorbereiteter Tiere die für die praktische Anwendung nötige Concentration erlangen wird.

Das Antiphthisin Klebs hat sich keinen Eingang in die Praxis verschaffen können, wenn ihm auch hier und da noch einige Lobreden erwachsen sind. So berichtet Denison (Med. record. 1895, Juli)

über günstige Erfolge; als objektive Zeichen der Besserung führt er an eine Verminderung der Bacillen im Gesichtsfelde, Auftreten von degenerierten Formen, sowie Aufhellung von Infiltrationen. Etwas vorsichtiger gehalten ist das Urteil von Taylor (Medicine 1895, No. 7): er hat nur in den ersten Stadien der Lungenschwindsucht einigen Erfolg von der Antiphthisin-Behandlung gesehen; es besserten sich etwa 70 pCt. Jedenfalls scheint ihm eine Fortführung der Versuche gerechtfertigt.

Maragliano (Berl. klin. Woch. 1895, No. 32 u. Presse méd. 1896) hat ein Heilserum von Hunden, Eseln und Pferden gewonnen, die er mit den aus Tubercelbacillen hergestellten stark toxisch wirkenden Stoffen vorbehandelt hatte. Dieses Serum hat geringe pyrogene Eigenschaften, ruft aber stets Leukocytose und gelegentlich auch Peptonurie hervor. Der Einverleibung folgen 2—3 Tage dauernde, mässige Temperaturerhöhungen, die nicht von örtlichen Symptomen an dem Krankheitsherde begleitet sind. Von 44 behandelten Fällen sind 24 genesen, die übrigen erheblich gebessert; die Heilerfolge sind, wenn die Kur genügend lange fortgesetzt wird, dauernde. Aehnlich sind die Erfolge de Renzi's (Rif. med. 1896, No. 8) ausgefallen; unter 22 Kranken der verschiedensten Stadien wurden 10 gebessert, 7 verschlimmert und 5 blieben unbeeinflusst. Die gebesserten gehörten fast alle den beginnenden Krankheitsstadien an, während die Verschlimmerungen Kranke mit erheblichen Lungenzerstörungen betrafen. Ein Nachtheil trat niemals zu Tage; vielmehr war stets ein guter Einfluss auf den Appetit und das Allgemeinbefinden zu beobachten. Die besten Resultate hat man bei umschriebenen, nicht complicierten Fällen ohne erhebliches Fieber zu gewärtigen. Weitere Bestätigungen der günstigen Wirkung liegen vor von Carlucci (Med. record. 1896, No. 15), der es bei 5 Patienten mit Erfolg angewandt hat und von Cattaneo (Gazz. degli osped 1896, No. 32); letzterer sah während der Kur eine Besserung des Allgemeinbefindens sowie der örtlichen Symptome. Endlich wollen Régnier (Progrès méd. 1896, No. 6) und Bernardi (Gazz. degli osped. 1896. No. 6) auch bei vorgeschrittenen Phthisen eine günstige Wirkung von dem Maragliano'schen Serum gesehen haben. Die unliebsamen Accidentien einer Serumtherapie bestehen nach Maragliano (Riforma. med. 1895, No. 288) in Erythemen und entzündlichen Infiltrationen des subcutanen Bindegewebes mit Fieber. Sie sind vom Serum an sich abhängig, nicht von dessen Antitoxingehalt und kommen in gleicher Weise auch dem Diphtherieheilserum zu.

Versuche, ein für Heilzwecke geeignetes Antistreptokokken-Serum darzustellen, sind nahezu gleichzeitig von verschiedenen Seiten unternommen worden, und war von Roger (Compt. rend. de la soc. de Biol. 1895), Denys und Leclef (Bull. de l'acad. de med. de Belg. 1895) und von Marmorek (Ann. de l'inst. Pasteur 1895). Besonders die Unternehmungen des Letzteren erregten grosses Aufsehen, da es ihm glückte, durch besondere Vorbehandlung Streptokokken mit so hypervirulenten Eigenschaften auszustatten, dass das Serum damit immunisierter Tiere als Heilmittel gegen die Streptokokkeninfektion verwertbar erschien. Das so gewonnene Serum wurde zunächst gegen

eigentliche Streptokokkenkrankheiten, wie Erysipel, Phlegmonen und Anginen, verwandt.

Die ersten, von französischen Autoren darüber veröffentlichten Mitteilungen lauteten auch sehr vielversprechend; so wollen Denys und Leclef (Semaine méd. 1896, No. 2) bei Erysipel und Septicaemie unzweifelhafte Erfolge gesehen haben; desgleichen berichten Paté, Dubois und Lorceu (Dissertationen, Paris 1896) über fast durchweg gute Erfolge; endlich erzielten Ausset und Rouzé (Revue de med. No. 7, 1896) bei einer puerperalen Streptokokkeninfektion und Coleman und Wakeling (Brit. med. journ., 17. Sept. 1896) bei einer acuten Septicaemie mit dem Marmorek'schen Serum Heilung. Später wurde auch Scharlach in den Bereich der zu behandelnden Krankheiten einbezogen; auch hier lauteten die anfänglichen Erfahrungen nicht ganz ungünstig; so berechnet u. A. Baginsky (Berl. klin. Woch. 1896, No. 16), der das Serum bei 48 Scharlachfällen zur Anwendung brachte, das Mittel als eines Versuches wert, da der Verlauf unter der Serumbehandlung sicher kein schlechterer war, als bei früheren Behandlungsmethoden. In der jüngsten Zeit tauchen jedoch mehr und mehr Zweifel an der Wirksamkeit des Antistreptokokkenserums auf; so spricht sich Wijnhoff (Neederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1896) sehr reservirt über seine Heilwirkung aus, während Bornemann (Wiener klin. Woch. 1896, Nr. 51) und Funck (Journ. méd. de Bruxelles 1896, No. 45) sogar den klinischen Gebrauch des Serums nicht für gerechtfertigt halten; man müsse mindestens noch abwarten, bis die Methoden der Immunisierung sich vervollkommnet hätten. Die schärfsten Angriffe gegen das Marmorek'sche Serum richtet Aronson (Berl. klin. Woch. 1896, No. 32); es hat sich bei seinen Versuchen herausgestellt, dass das Serum aus dem Institut Pasteur seinen eigenen Streptokokken gegenüber nahezu unwirksam war; den Grund hierfür hat er darin gefunden, dass die Streptokokken-Antikörper in dem mit 0,5 pCt. Phenol versetzten Serum nicht haltbar sind. In gleicher Weise abfällig äussert sich Petruschky (Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krankh.), dessen Erfahrungen mit dem M.'schen Serum in jeder Hinsicht negativ ausgefallen sind. Weder konnte er bestätigen, dass die von Marmorek angewandten Culturverfahren Streptokokken von besonders starker Virulenz liefern, noch war irgendwelche Schutzwirkung nachzuweisen. Angesichts dieser Thatsachen wird man nicht umhin können, das Antistreptokokkenserum als Heilfaktor vorläufig nicht anzuerkennen, wenn ihm auch jüngst in Mérieux und Niemann (Berl. klin. Woch. 1896, No. 49) noch warme Vertheidiger entstanden sind.

Wenn somit der Kreis der Erkrankungen abgeschlossen ist, bei denen die Serumtherapie bereits greifbare Gestalt gewonnen hat, so erübrigt es noch, den Stand dieser Therapie bei den übrigen Infectionskrankheiten kurz zu skizzieren. Die Gewinnung des specifischen Antitoxins wurde stets nach den von Behring für die Diphterie aufgestellten Grundsätzen durchgeführt. So ist für den Typhus von Beumer und Peiper (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 30) ein antitoxisches Hammelserum hergestellt worden, dass Börger (D. med. Woch. 1896, No. 9) zur Behandlung von 12 Fällen herangezogen hat; in den meisten Fällen trat kein Einfluss zu Tage, in einigen wenigen kann allenfalls

ein günstiger Einfluss zugestanden werden. Etwas besser gestalteten sich die Resultate bei Pope (Brit. med. journ. 1897, 30. Jan.): das Fieber nahm rasch ab und im Allgemeinbefinden war deutlich eine Besserung zu konstatieren. Endlich hat Cooper (Brit. med. journ. 1897, 27. Febr.) einen schweren Fall erfolgreich mit Antitoxin behandelt. Bei 18 Fällen wurden von Pollak (Zeitschr. f. Heilk., Bd. 17) Injektionen von mittels Schröpfköpfen gewonnenen Serums von Typhusreconvalescenten vorgenommen. Die Einzeldosis betrug 2—10 ccm, die Gesammtmenge bis zu 40 ccm. Eine therapeutische Wirkung wurde im Allgemeinen nicht beobachtet, meist trat unmittelbar nach der Injektion eine Temperatursteigerung auf, ohne nachfolgenden Fieberabfall. Die Darm- und Gehirnerscheinungen, sowie die Milz wurden durch die Injektion nicht beeinflusst.

Erwähnenswerth erscheinen noch die Versuche von Pfeiffer und Kolle (D. med. Woch. 1896, No. 46), die hehufs Schutzimpfung mit kleinen Dosen abgetöteter Typhusbacillen angestellt worden sind. Es zeigte sich, dass nach einmaliger Injektion einer minimalen Menge einer abgetöteten Typhuskultur schon nach sechs Tagen beim Menschen eine mindestens ebenso stark ausgesprochene specifische Blutveränderung nachzuweisen war, wie man sie sonst bei Typhusreconvalescenten findet.

Bezüglich der Pneumonie, bei der nach den mehrere Jahre zurückliegenden und wenig ermutigenden Versuchen von Klemperer, Neisser u. A. die Serumtherapie ganz zum Stillstand gekommen war, behauptet jetzt de Renzi (Gazz. degli osped. 1896, No. 140), über ein Serum zu verfügen, das eine Heilung beim Menschen zu Stande zu bringen vermöge. Die Besserung erfolge meist in den ersten 24 Stunden nach der Injektion und sei eine überraschend schnelle.

Auch auf die Masern ist die Serumtherapie ausgedehnt worden. Weisbecker (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 30) will mit dem Serum von Masernreconvalescenten in einem vor Ausbruch des Exanthems behandelten Fall eine ausgesprochene Aenderung des Krankheitsverlaufes erzielt und in vier Fällen von Masernpneumonie günstige Wirkungen erzielt haben.

In gleicher Weise leitete Legrain (Gaz. des hôpit. 1895, No. 77) die Behandlung bei einer Epidemie von Typhus exanthematicus. Als Ausgangsmaterial diente das Serum der Reconvalescenten; am meisten in die Augen springend war die günstige Wirkung der Seruminjektionen auf die Temperatur. Desgleichen verschwanden die schweren Erscheinungen von seiten des Herzens und des Pulses, sowie die schweren comatösen Zustände.

Versuche von Gabritschewsky (Ann. de l'inst Pasteur 1896, No. 11) zeigen den Weg, auf welchem die Serumtherapie bei Febris recurrens etwas zu bieten vermag. Affen können mit spirillenhaltigem Blut inficiert werden; Impfungen mit dem Blutserum dergestalt inficierter Tiere kürzen die Krankheit bei frisch inficierten Tieren erheblich ab.

Corosquilla (Semaine méd. 1896, No, 2) macht Mitteilungen über glänzende Heilerfolge bei Behandlung der tuberösen Form der Lepra mittels Serum. Wir glauben indessen angesichts der Thatsache, dass der Erreger der Lepra noch nicht in Reinkultur dargestellt ist

und der Verf. über die Darstellungen seines Serums nichts verrät, die obigen Mitteilungen mit Reserve aufnehmen zu müssen.

Versuche, durch Einspritzen des Serums von Tieren, welche gegen Syphilis immun sind, die Syphilis beim Menschen zu heilen, sind in den letzten Jahren wiederholt angestellt worden. Während Tomasoli, Héricourt und Richet glänzende Heilungen damit erzielt haben wollen, sahen Kollmann und Mazza keine deutlichen Erfolge. Auch das Serum Syphilitischer wurde zu Heilzwecken verwandt und von Pellizari und Mott als Heilfaktor angepriesen; Neumann (Therapeut. Monatsh. 1896. No. 3) hingegen hat mit dem Blute tertiär luetischer Personen ebensowenig Erfolge erzielt wie mit Tierblut. Müller-Kannberg (Berl. kl. Woch. 1896. No. 25) hat neuerdings den Einfluss von Pferdeserum auf die Syphilis studiert und gefunden, dass selbst 50 ccm Pferdeserum ohne jeden Heilerfolg waren, während dieselben Kranken durch Lewin'sche Sublimateinspritzungen bezw. örtliche Behandlung mit Calomelbrei schnell gebessert wurden.

Die Versuche beim Milzbrand sind über das Tierexperiment noch nicht hinausgekommen. Bei Tieren ist es Marchoux (Ann. de l'inst. Pasteur. 1895. No. 11) gelungen, ein Serum zu gewinnen, das gegen nachfolgende Infektion schützt und die ausgebrochene Krankheit heilt.

Nachdem durch Yersin als Erreger der Bubonenpest ein kurzes Stäbchen mit abgerundeten Enden gefunden worden war, hat er in Gemeinschaft mit Calmette die Biologie des Erregers und die Frage der Serotherapie studiert. Roux (Gaz. des hôpit. 1897. No. 11) berichtet jetzt über die ersten am Menschen gemachten und glänzend ausgefallenen Erfahrungen. Am besten gelingt die Behandlung der ersten Krankheitsstadien; sechs am ersten Tage der Krankheit injicierte Pestkranke genasen bereits nach 12—24 Stunden; in späteren Stadien gestaltete sich der Erfolg unsicherer. Erstaunlich war, wie in wenigen Stunden alle bedrohlichen Symptome verschwanden, wenn die Einspritzung am ersten Krankheitstage erfolgt war. Je länger die Injektionen herausgeschoben wurden, desto weniger liess sich eine Eiterung vermeiden.

Um das Gemälde der serumtherapeutischen Bestrebungen zum Abschluss zu bringen, muss noch kurz auf die mit dieser Behandlung bei Geschwülsten erzielten Resultate eingegangen werden. Bekanntlich haben Emmerich und Scholl diese Methode bei Geschwülsten inauguriert und das Erysipelserum zur Behandlung von Carcinomen und Sarcomen empfohlen. Emmerich und Zimmermann (D. med. Woch. 1895. No. 43) berichten über neue günstige Erfahrungen an fünf inoperablen Tumoren, bei denen sie einen Stillstand des Wachstums und sogar ein Kleinerwerden beobachtet haben. In einem Falle wurde die Serumbehandlung kombiniert mit der Einspritzung lebender virulenter Streptokokken-Kulturen (!); diese Kombination soll den erysipelatösen Prozess abkürzen und milder gestalten. Diese angeblichen Erfolge stehen fast ganz isoliert da; bei Carcinomen wird diese Therapie allgemein verurteilt, bei Sarkomen vielleicht die Möglichkeit einer Beeinflussung zugegeben. So berichten Héricourt und Richet (Compt. rend. de l'acad. des scienc. Bd. 70) über ein Fibrosarkom, das durch Serum-

einspritzung geheilt sei; auch Czerny (Münch. med. Woch. 1895. No. 36) hat bei einem Sarkom nach 18 Injektionen eine auffallende Besserung gesehen, schreibt aber diesem Falle keine Beweiskraft zu, weil es sich um eines jener in der Schwangerschaft entstandenen Sarkome handelte, die bekanntlich sehr oft nach der Entbindung spontan eine regressive Metamorphose eingehen. Bei Carcinomen giebt er bestenfalls eine Verlangsamung des Wachstums, aber keine Heilung zu. Bouveau (Bull. de la soc. de biolog. 1895. No. 27) kommt zu dem Ergebniss, dass diese Therapie die Schmerzen, die Jauchung und das Allgemeinbefinden in den meisten Fällen günstig beeinflusst, die progressive Entwicklung der Geschwulst aber niemals verhindert. Vollkommen ablehnend spricht sich Kopfstein (Wiener klin. Rundschau. 1895. No. 33) aus, der 13 Carcinome, 1 Sarcom und 1 malignes Lymphom der Serumbehandlung unterworfen hat. Er beobachtete weder eine Verkleinerung der primären Geschwulst noch der Metastasen; als unangenehme Nebenerscheinungen führt er auf heftige, brennende Schmerzen, Schüttelfröste und Temperatursteigerungen bis zu 41° C. Ganz vergeblich war auch die Behandlung in einem Falle von Reineboth (Deutsche med. Woch. 1896. No. 48); die Patientin ging zu Grunde; bei der mikroskopischen Untersuchung des Tumors fand sich nirgends eine Spur einer Umwandlung. Dasselbe Ergebnis hatte Koch (D. med. Woch. 1896. No. 7),

Litteratur.

1. Rubens. Therapeut. Monatsh. April 1896.
2. Goyens, Ann. et bullet. de la soc. de médec. d'Anvers. März 1896.
3. Dallmajer, Wiener med. Wochenschr. 1897. No. 12.
4. Behring, Verhandl. des XV. Congr. f. inn. Med.
5. Liebreich. Ibidem.
6. Soerensen, Therapeut. Monatsh. August 1896.
7. Perraccini, Gazz. degli osped. 1896. No. 101.
8. Pistor, Deutsche Aerzte-Zeit. 1896. No. 24.
9. Langerhans, Berl. klin. Woch. 1896. No. 27.
10. Strassmann, Berl. klin. Woch. 1896. No. 23.
11. Behring, Fortschritte der Medicin. 1897. No. 1.
12. Kassowitz, Wiener med. Wochenschr. 1896. No. 21—23.
13. Gottstein, Münch. med. Woch. 1897. No. 7.
14. Behring u. Knorr, Deutsche med. Woch. 1896. No. 43.
15. Sahli, Mitteil. aus Klin. u. Inst. d. Schweiz. III. R. 6. Heft.
16. Turner u. Cheatle, Lancet. December 1896.
17. Cerrignani, Riform. med. 1896. No. 228.
18. Tomé. Rif. med. 1896. No. 264.
19. Hartley, Lancet. Dec. 1895.
20. Farrant, ibid.
21. Baker, Brit med. journ. 1896. Nov.
22. Ridge, Brit. med. journ. 1896. Sept.
23. Macartney, Lancet. 1896. 18. Jan.
24. Tracey, Lancet. 1896. 1. Febr.
25. Koch, Deutsch. med. Woch. 1897. No. 14.
26. Buchner. Berl. klin. Woch. 1897. No. 15.
27. Langerhans, Verh. d. XV. Congr. f. inn. Med.
28. Denison, Med. record. 1895, Juli.
29. Taylor, Medicine, 1895, No. 7.
30. Maragliano, Berl. klin. Woch. 1895. No. 32.
31. De Renzi, Rif. med. 1896. No. 8.
32. Carlucci, Med. record. 1896. No. 15.

33. Cattaneo, Gazz. degli osped. 1896. No. 32.
34. Régnier, Progrès méd. 1896. No. 6.
35. Bernardi, Gazz. degli osped. 1896. No. 6.
36. Roger, Compt. rend. de la soc. de biol. 1895.
37. Denys u. Leclef, Bull. de l'acad. de méd. de Belg. 1895.
38. Marmorek, Annal. de l'instit. Pasteur. 1895.
39. Denys, Semaine médic. 1896 No. 2.
40. Ausset u. Rouzé, Revue de medic. 1896. No. 7.
41. Wakeling, Brit. med. journ. 12. Sept. 1896.
42. Baginsky, Berl. klin. Woch. 1896. No. 16.
43. Wijnhoff, Need. Tijdschr. v. Geneesk. 1896.
44. Bornemann, Wiener klin. Woch. 1896. No. 51.
45. Funck, Journ. méd. de Bruxelles. 1896. No. 45.
46. Aronson, Berl. klin. Woch. 1896. No. 32.
47. Petruschky, Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 24.
48. Mérieux u. Niemann, Berl. klin. Woch. 1896. No. 49.
49. Börger, Deutsche med. Woch. 1896. No. 9.
50. Pope, Brit. med. journ. 1897. 30. Jan.
51. Cooper, Brit. med. journ. 1897. 27. Febr.
52. Pollak, Zeitschr. f. Heilk. Bd. 17.
53. Pfeiffer u. Kolle, D. med. Woch. 1896. No. 46.
54. De Renzi, Gazz. degl. osped. 1896. No. 140.
55. Weissbecker, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 30.
56. Legrain, Gaz. des hôpit. 1895. No. 77.
57. Gabritschewsky, Ann. de l'inst. Pasteur. 1896. No, 11
58. Carasquilla, Semaine médic. 1896. No. 2.
59. Neumann, Therap. Monatsh. 1896. März.
60. Müller-Kaunberg, Berl. klin. Woch. 1896. No. 25.
61. Marchoux, Ann. de l'inst. Pasteur. 1895. No. 11.
62. Roux, Gaz des hôpit. 1897. No. 11.
63. Emmerich, D. med. Woch. 1895. No. 43.
64. Héricourt, Compt. rend Bd. 70.
65. Czerny, Münch. med. Woch. 1895. No. 36.
66. Bouveau, Bull. de la soc. de biol. 1895. No. 27.
67. Kopfstein, Wiener klin. Rundschau 1895. No. 33.
68. Reineboth, D. med. Woch. 1896. No. 48.
69. Koch, D. med. Woch. 1896. No. 7.

Sitzungsberichte.

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Koeln a. Rh.

Sitzung vom 25. Juni 1896.

Vorsitzender: Herr Frank; Schriftführer: Herr Brohl.

1. Herr Brohl: Demonstrationen.

M. H.: Das vorliegende Präparat stammt von einer älteren Frau, die Jahre lang an starkem Fluor, Drängen nach unten, heftigen Beschwerden bei der Periode, zuletzt mehrere Wochen hindurch an anhaltenden Blutungen gelitten hat. Der faustgrosse Tumor konnte bei der inneren Untersuchung für den invertirten Uterus gehalten werden, bei der kombinirten dagegen zeigte die nach unten gewölbte Kuppel des Fundus uteri, dass es sich handelte um einen Uteruspolypen. Interessant an dem Präparat, einem Fibromyome, war das Vorhandensein einer fast hühnereigrossen Cyste mit klarem, serösem Inhalte. In diesem Falle konnte selbstverständlich nur der operative Eingriff helfen.

Schwer fiel mir der Entschluss hierzu in dem Falle, dem ich dieses Präparat von multiplen Myomen verdanke. Es handelte sich um eine 48 Jahre alte Virgo, die man dem Aussehen nach zwanzig Jahre älter schätzen durfte. Sie hat recht viele Sorgen gehabt und vor zwei Jahren an einer schweren Pleuritis gelitten, sich hiervon auch jetzt noch nicht vollständig erholt. Ausserdem haben Jahre lang bestehende Beschwerden von Seiten der inneren Genitalien — Fluor, starke, unregelmässige Periode, Schmerzen, zuletzt Wochen hindurch anhaltende Blutungen — den Körper der Pat. hochgradig geschwächt. Bei der Untersuchung fand sich, dass ein höckriger, harter, nur an wenigen Stellen Fluktuation zeigender Tumor die linke Hälfte des grossen Beckens zum grossen Theile, das kleine Becken fast ganz ausfüllte und in dieses eingekeilt war, so dass die Geschwulst nur sehr wenig verschieblich erschien. Der Untersuchung zufolge musste man annehmen, dass es sich handelte um verwachsene Tumoren des Uterus und der Ovarien: Myome und Cysten. Unter den geschilderten Umständen konnte ich mich nicht recht zur Operation entschliessen. Ich erklärte, diese nur dann ausführen zu können, wenn mich das einzige Mittel im Stiche lasse, von dem man am Ende noch die Herstellung eines erträglichen Zustandes hoffen könnte, das Ergotin. Doch bei Anwendung dieses Mittels wuchs die Geschwulst, steigerten sich die Beschwerden, so dass die Patientin erklärte, diese nicht mehr aushalten zu können. Daher Operation am 16. VI. 96. Symphysenschnitt, Abtragung des linken, hühnereigrossen, mit der Beckenwand dicht verwachsenen Ovariums, Unterbindung der Lig. lata etc. soweit wie möglich, Loslösung eines faustgrossen, die Lage des Corpus uteri bei Retroflexio einnehmenden, breitgestielten, subserösen Myoms vom Mastdarm am Boden des kleinen Beckens, Abtragung des von zahlreichen kleineren Myomen durchsetzten Uterus bis tief in die Portio hinein, extraperitoneale Lagerung der Wundflächen und Tamponade. Bis jetzt Verlauf der Heilung recht gut, so dass nun doch noch Aussicht auf vollständige Heilung vorhanden ist.

M. H.! Ueber diese beiden nichts Ungewöhnliches bietenden Fälle habe ich mir gestattet, etwas ausführlicher zu berichten, um Ihnen zu zeigen, wann ich eine Operation vorzuschlagen pflege. Ich operire nur dann und habe immer nur dann operirt, wenn ich den Beweis für erbracht halte, dass entweder die Operation das einzige oder wenigstens das beste Mittel zur Herstellung der Gesundheit oder doch eines erträglichen Zustandes ist. Da wird nun meine Handlungsweise in der „Berliner med. Gesellschaft" — Sitzung vom 28. III. 96 — laut einem Referate in der „Deutschen med. Wochenschrift" von einem Kollegen als das beste Beispiel für den jetzt herrschenden Furor operativus hingestellt und behauptet, „neulich hätte man wieder in Köln einer 26jährigen Frau den Uterus und die Adnexe fortgeschnitten, weil sie dreimal abortirt hatte". Als ich die Beschwerden und Leiden jener Pat. und die fast zwei Jahre lang von mir und anderen Kollegen geleitete Behandlung seinerzeit hier schilderte und die Präparate demonstrirte, hat Niemand geglaubt, dass der Kranken auf andere Weise Heilung oder auch nur Besserung gebracht werden konnte als durch das angewandte Verfahren. Nicht weil die Pat. dreimal abortirt hat, habe ich jenen Eingriff für gerechtfertigt gehalten und ausgeführt, sondern weil die Eierstöcke so hochgradig degenerirt waren, dass kein Theil derselben unbesorgt erhalten werden konnte. Nach Beseitigung solcher Ovarien aber hätte das Zurücklassen der ebenfalls erkrankten, stark verdickten Tuben und des Uterus, der viele Jahre retroflektirt gewesen und immer wieder in die fehlerhafte Lage zurückgekehrt war, für die Pat. nur von grossem Nachtheile sein können. Durch den radikalen Eingriff aber ist es mir in diesem, wie auch in den anderen hier besprochenen Fällen gelungen, die Frauen von ihrem Leiden vollständig zu befreien, ja gesund zu machen.

Diskussion. Herr Frank: „Als mir dieser Angriff auf Kölner Aerzte gezeigt wurde, konnte mir auf meine Erkundigungen Niemand sagen, wer eigentlich damit gemeint sein sollte. Ich habe mich darauf an Gottschalk gewandt und zu meiner Ueberraschung erfahren, dass die Grundlage zu seinen Angriffen ein kurzes Referat aus unserer Gesellschaft abgegeben habe. Alle können wir dem Kollegen Brohl bezeugen, dass die Fälle, so

wie sie Gottschalk darstellt, in Koeln unbekannt sind. Auch kann Herr Brohl überzeugt sein, dass die Reklamesucht mancher junger Aerzte auch von Berliner Kollegen nicht gebilligt wird, besonders wenn sie darauf ausgeht, unter dem Deckmantel der moralischen Entrüstung Zerrbilder von anderen Kollegen und ihrem Thun zu entwerfen.

Herr Bayer: Ueber Serumtherapie bei Puerperalfieber.

Die Serumtherapie, welche bei der Diphtherie so vorzügliches leistet, wurde auch auf dem Gebiete des Puerperalfiebers versucht und empfohlen. Da die puerperale Sepsis fast ausnahmslos durch den Streptococcus verursacht wird, so hat man das Blutserum von Thieren, die mit Streptokokken inficirt waren, der septischen Wöchnerin injicirt. B. hat mit dem Antistreptococcicum von Denys und Leclef Versuche angestellt. Er bekam dasselbe direkt von Denys zugeschickt. Es wurde gewonnen, indem Pferden in steigenden Dosen theils Streptokokkentoxin, theils Reinkulturen von Streptokokken injicirt wurden. B. berichtet über Versuche, welche von D. und C. an Kaninchen und Menschen gemacht wurden, indem er besonders die Fälle voh septischer Peritonitis und schwerem Puerperalfieber hervorhebt, welche mit dem Serum geheilt worden sein sollen. Die Dosis, welche B. anwandte, war nach Vorschrift von D. 150 bis 180 g in 24 Stunden (3 mal 50,0 bis 60,0).

Der Erfolg bestand darin, dass die Temperatur zwar von 40° auf 37—38° vorübergehend sank, dann aber ein starker Schweiss ausbrach, das Herz schwächer wurde, die Temperatur wieder stieg und schliesslich die Kranken rasch zu Grunde gingen. B. zeigt die Fieberkurven vor und kommt zu dem Schlusse, dass wenigstens bei der embolischen Form die Infektion des Antistreptococcicum keinen Nutzen bringt.

In der Diskussion berichtet Herr Pooth über die Nucleïn-Behandlung bei Puerperalfieber, welche von Schauta neuerdings so sehr empfohlen wurde, und fragte, ob in der Gesellschaft Erfahrungen hierüber vorliegen.

Herr Frank hatte Gelegenheit, einen schweren Fall jener Form des Puerperalfiebers mit Dr. Hoelscher zu behandeln, bei welchem Nucleïn zur Anwendung kam. Von einer günstigen Beeinflussung der Krankheit konnte Fr. sich nicht überzeugen; bereits am dritten Tage der Nucleïnbehandlung starb die Patientin. Trotzdem ist Fr. der Ansicht, dass der einzige Weg, die puerperale Sepsis und Pyämie zu bekämpfen, darin besteht, antibakterielle Medikamente in die Blutbahn zu bringen, welche dem Organismus selbst nicht schaden. Das Richtigste hierbei ist, dass das Mittel schon bei den ersten Anzeichen der schweren Erkrankung angewandt wird. Hat die septisch-pyämische Erkrankung bereits grosse Zerstörungen im Körper angerichtet, so können auch diese Mittel nicht mehr wirken. Fr. empfiehlt Injektionen von Kreosot mit Ol. camph. āā oder Guajacol mit Ol. camph. āā.

Sitzung vom 12. November 1896.

Vorsitzender: Herr Frank; Schriftführer: Herr Brohl.

1. Neuwahl des Vorstandes, wobei der alte Vorstand wiedergewählt wird, und zwar als erster Vorsitzender Herr Frank, als zweiter Herr Bayer, als erster Schriftführer Herr Brohl, als zweiter Herr Geuer, als Kassirer Herr Esser.

2. Kassenbericht des Herrn Esser.

3. Jahresbericht des Herrn Brohl.

4. Herr Koetschau demonstrirt:

a) einen 4 Pfd. schweren Tumor: Elephantiasis glabra labii minoris sin. von einer 37jährigen Frau. Der Tumor war seit der letzten Schwangerschaft im Jahre 1895 auf seine jetzige Grösse stehen geblieben, verursachte heftige Beschwerden, so dass die Pat. kaum noch gehen und sitzen

konnte. Von der Oberfläche des Tumors, der starkes Ekzem neben vielen Ulcerationen zeigte, ging in der letzten Zeit viel blutige seröse Flüssigkeit ab. Oktober 1896 Abtragung des Tumors, glatte Heilung. (Der Fall wird in extenso veröffentlicht.)

b) ein ungefähr gänseeigrosses Ovarium mit einem zweimarkstückgrossen Corp. lut. von seltener Schönheit. Das Präp. stammt von einer 27jährigen Frau, bei der wegen linksseitigem kindskopfgrossem Ovarialkystom und chronischer rechtsseitiger Salpingo-Oophoritis nebst perisalpingo-oophoritischem Exsudate, verbunden mit sich beständig steigernden Beschwerden, die beiderseitigen Adnexe am 5. X. 96 entfernt wurden. Glatte Heilung.

c) eine doppelseitige faustgrosse Pyosalpinx von einer 28jährigen Frau, operirt am 6. X. 96. Die Entfernung der Adnexe war wegen zahlreicher fester und ausgedehnter Adhäsionen mit sehr grossen Schwierigkeiten, besonders auf der linken Seite, verbunden, wo ein über faustgrosses perioophoritisches Exsudat die gesonderte Exstirpation von Pyosalpinx und Ovarium nötig machte. Vollkommen reaktionslose, glatte Heilung.

d) doppelseitige über kindskopfgrosse Ovarialsarkome einer 52jährigen Frau, Ende Oktober operirt. Zugleich wurde ante operationem ein zweiter, dem Netz angehörender maligner Tumor festgestellt, die Möglichkeit eines Magencarcinoms der grossen Curvatur (seitens des Magens keinerlei Beschwerden, kein Erbrechen etc.) offen gelassen. Die Operation wurde auf vieles Drängen hin trotz Kachexie unternommen. Bei derselben fanden sich nach Entleerung des Ascites zahlreiche bis stecknadelkopfgrosse metastatische Auflagerungen auf dem Peritoneum und der Darmserosa. Die Exstirpation der Ovarialsarkome gelang, wenn auch mühsam, ziemlich rasch. Nach der Operation hörten die vorher unerträglichen Schmerzen auf, es bestand kein Fieber etc. Am sechsten Tage nachmittags trat Herzschwäche und grosses Schwächegefühl ein, am Abend desselben Tages Exitus letalis bei vollständigem Bewustsein. Die Sektion erwies keine Spur von Peritonitis; ausser dem carcinomatösen Netz und dem Magencarcinom, welche bei der Operation unberührt geblieben war, wurden Metastasen in anderen Organen (von den Knoten im Peritoneum abgesehen) nicht gefunden. Der Uterus wies mehrere interstitielle kleine Myome und einen Schleimhautpolypen in der linken Tubenecke auf. Das Interessante des Falles ist vor allem, dass bei derselben Pat primäres Magencarcinom mit sekundärem Netz- und Peritonealcarcinom bestand neben primärem Sarkom der Ovarien. Den Angaben des behandelnden Arztes gemäss war von letzterem 3 bis 4 Monate vorher nichts zu konstatiren. Die mikroskopischen Präparate, welche demonstrirt werden, lassen einen Zweifel an dem Sarkoma ovaricum und Carcinoma ventriculi et omenti nicht zu.

e) eine rechtsseitige Tube (und Ovarium), Ende Oktober 1896 bei einer 25jährigen Frau exstirpirt, die an heftigen Blutungen litt. Die Operation bestätigte die Diagnose einer rechtsseitigen Tubargravidität, welche das Präparat in trefflicher Weise illustrirt.

5. Herr Frank: Demonstrationen:

Herr Fr. verspricht der Symphysiotomie eine grosse Zukunft und will deshalb der Gesellschaft jeden Fall demonstriren: Ehefrau H., 34 Jahre alt, II para. Beim ersten Kinde war die Wendung gemacht worden. Bei den Extraktionsversuchen riss der Kopf ab und konnte nur in Stücken entfernt werden. Nach der Entbindung wurde sie in desolatem Zustande (Ruptura perinei et vaginae) in der Anstalt gebracht und konnte erst nach 5 Wochen entlassen werden. Am 13. X. 96 nachmittags 8 Uhr kam die Frau mit starken Wehen auf das Geburtsbett. Am 14. X. 96 Vormittags sprang die Blase. Vorfall eines Convolutes von Nabelschnurschlingen, Muttermund fast verstrichen, Kopf über dem Beckeneingang. Da die Nabelschnur noch schwach pulsirte, Symphysiotomie mit Osteoplastik nach Frank, Wendung, Extraktion. Die Heilung ging fehlerfrei von statten. Am 14. Tage schon

verliess die Pat. das Bett und heute, am 12. November, bewegt sich die Frau wie eine vollständig Gesunde.

Die Beckenmaasse betrugen vor der Operation:

	Sp. 25,0	Cr. 26,5	Tr. 29,0	Bol. 16,0
heute in der Sitzung	„ 27,0	„ 29,0	„ 31,0	„ 17,5

Als Nachteile bei der jetzigen Operation hat Fr. empfunden:

1. Die Lostrennung des Knockenstücks und der Symphyse ist mit einem geraden Meissel schwierig, da der Spitz- resp. Hängebauch hinderlich ist. Fr. hat deshalb einen S förmig gebogenen Meissel anfertigen lassen, welchen er vorzeigt.

2. Die Knochenlamelle wurde seither mit den Symphysenenden direkt vereinigt: dabei macht die Entfernung der Nähte nachher Schwierigkeiten. Das soll vermieden werden, indem die Suturen, welche die Symphysenenden vereinigen, auch durch die äussere Haut geführt und hier über einem Jodoformstreifchen geknotet werden.

Fr. stellt ferner eine Pat. vor, die wegen geplatzter Tubargravidität operirt wurde. Der exstirpirte Sack mit 2 Monate altem Foetus wird gezeigt. Die Frau, welche am 18. Mai zuletzt ihre Periode hatte, am 10. August plötzlich beim Stuhlgang die heftigsten Schmerzen bekam und mehrere Male ohnmächtig wurde, war von Aerzten an Bauchfellentzündung behandelt worden. Am 29. August kam sie zu Fuss in die Poliklinik und wurde aufgenommen, da sie ein rechtsseitiges peritonitisches Exsudat hatte, dass fast bis zum Nabel reichte.

Am 30. August erst wurde mit Sicherheit die Diagnose auf geplatzte Tubargravidität gestellt, als die Frau zusehends kollabirte. Schnellste Laparotomie; Bauchhöhle voll Blut. Der Sack, im Douglas mit Darmschlingen fest verwachsen, muss gleichsam herausgerissen werden. Nach dem Befund war der Sack am 18. bereits geplatzt. Es kam zur Abkapselung, die am 30. August bereits zum zweiten Male platzte.

Fr. empfiehlt, bei solchem verzweifelten Falle, wie es auch hier geschehen ist, rasch auszustopfen ev. Schieber liegen zu lassen und die bekannte Abkapselung zu machen.

Am 21. Oktober sekundäre Bauchnaht. Heute vollständige Heilung. Fr. stellt den Fall vor, weil er zeigt, dass die Bildung einer Haematocele die Frau noch nicht sichert vor dem nochmaligen Platzen und ist deshalb für die frühzeitige Operation der Haematocele, besonders bei der arbeitenden Klasse.

Zuletzt stellt Fr. eine Frau vor, bei der vor 7 Monaten die Blase über die Symphyse eingeschnitten wurde, um eine hohe Blasenscheidenfistel zu heilen. Diese ist geheilt, doch blieb eine Blasenbauchfistel bestehen. Trotzdem die Blase zum zweiten Male wieder genäht wurde, und die Frau als geheilt entlassen war, platzte die Narbe nachträglich wieder auf, so dass sich Fr. gezwungen sah, einen Hautlappen aus dem Schamberg in den Blasendefekt über der Schamfuge zu transplantiren. Der Lappen ist angeheilt und die Fistel nun geschlossen.

Geburtshülfliche Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 5. Mai 1897.

Vorsitzender: C. D. Cullingworth.

Demonstration von Präparaten:

Bland Sutton: Cervixmyom; Targett: accessorische Nebennieren im Ligam. latum.

Vorträge:

Dr. Thomas Wilson: Chronische Achsendrehung einer Ovarialcyste mit hochgradiger Abschnürung des verlängerten Uterus. Der Leib der 55 Jahre alten Patientin, Multipara, nahm in den letzten vier Jahren an Umfang allmählich zu, seit zwei Jahren hatte sie häufig Anfälle von Schmerzen und Erbrechen, die meist durch das Heben ihres schweren kranken Gatten ausgelöst wurden. Entfernung der Geschwulst durch Bauchschnitt mit Entleerung der Cyste durch Punction; der abgebundene Stiel von Daumendicke und 4—5 cm lang. Es handelte sich um eine multiloculäre glanduläre Cyste des linken Ovariums von ungefähr 2 kg Gewicht. Am unteren Theil der Cyste war der Fundus uteri angeheftet, ferner das rechte Ovarium nebst Tube, das Ligamentum latum, alles zusammengedreht. Die Cyste war sehr breit mit der linken Seite des Uterus verwachsen, der beinahe vollständig von rechts nach links torquiert war. Beide Tuben waren verschlossen und adhaerent; die rechte bildete einen ausgesprochenen Hydrosalpinx, die linke war 20 cm lang. Glatte Heilung.

Dr. Peter Horrocks führte aus, dass für die meisten Fälle von Axendrehung die Schuld auf eine Anstrengung in gebeugter Stellung zu schieben sei. Er teilte einen Fall mit, wo die Drehung bei einer Dame plötzlich eintrat, als sie einen ziemlich engen Stiefel anzog. Es sei aber eine grosse Kraft erforderlich, um in gebückter Körperstellung die Geschwulst in Drehung zu versetzen.

Mr. Doran war überrascht, zu hören, dass in den drei Fällen, wo der Uterus in die Drehung mit verwickelt war, die Cyste eine multiloculär-glanduläre gewesen sei. Bei ausschliesslicher Drehung des Stiels handele es sich in einer grossen Anzahl von Fällen um Dermoide. Viel bleibe noch hinsichtlich der Achsendrehung zu erforschen. Er habe Fälle operirt, wo alle klinischen Syptome auf Stieltorsion hinwiesen, jedoch nichts zu finden war als zarte parietale Verwachsungen oder solche mit dem Netz. Er habe einen kurzen und leicht torquierten Stiel in Fällen angetroffen, wo die Betreffenden, abgesehen von der Anwesenheit einer Geschwulst, über nichts zu klagen hatten; in anderen Fällen habe er einen langen, mässig gewundenen Stiel in Fällen gefunden, wo heftige Schmerzen vorhanden waren.

Dr. Wilson erwiderte.

Mr. John W. Taylor: Ein zweiter Fall von sogenannter ausgetragener Bauchschwangerschaft mit operativer Entfernung des Kindes und der Placenta im 12. Monat. Heilung.

Der Vortragende gab eine genaue Schilderung der Vorgeschichte dieses Falles und der Verhältnisse des Abdomens und des Beckens zur Zeit der ersten Untersuchung. Pat. glaubte, 12 Monate vor der Operation schwanger geworden zu sein. Sie hatte dieselben Gefühle, wie in den früheren Schwangerschaften; nur waren die Kindesbewegungen aussergewöhnlich deutlich und schmerzhaft. Mit Ausnahme eines Anfalles von Haematemesis war die Pat. ungefähr die ganze Zeit auf. Niemals hatte sie einen plötzlichen Schmerz, Uebelbefinden oder Ohnmacht. Nun folgt die Beschreibung des Bauchschnittes zur Entfernung von Kind und Placenta. Letztere hatte gewöhnliche Grösse und deckte den Beckeneingang „wie der schlecht passende Deckel einer Bratpfanne."

Der freie Rand der Placenta befand sich an der linken Seite des Beckens, lag aber der Bauchwand rechts dicht an, woselbst auch die Nabelschnur sass. Ihre Befestigungen waren: 1. ein dickes Band, ausgehend vom Netze, das links am oberen dünnen Rand der Placenta fest sass; 2. einige zarte Adhäsionen des Dünndarms und des Coecum an derselben Fläche. 3. einige Verbindungen mit dem Becken an ihrer unteren Fläche. — Der Vortragende beschreibt dann seine Methode, die Placenta unblutig zu entfernen und giebt zum Schlusse noch eine kurze Uebersicht über Beginn, Entwicklung und Verlauf seines Falles.

Dr. Heywood Smith fragt, ob der Arzt, der die Pat. sah, als Wehenschmerzen auftraten, eine Untersuchung vorgenommen habe. Wären zu dieser Zeit die vorliegenden Verhältnisse erkannt worden, so hätte das Leben des Kindes durch einen früheren operativen Eingriff gerettet werden können.

Mr. Alban Doran war der Ansicht, dass dieser Fall gerade ein Beweis zu Gunsten des Aufschubes der Operation sei, bis die ectopische Schwangerschaft die normale Dauer etwas überschritten habe. Die Entfernung oder Zurücklassung einer Placenta des neunten Monats sei viel bedenklicher als einige Monate später nach degenerativer Veränderung ihres Gewebes. Jedoch schien die Operation am Schwangerschaftsende dringlicher in gewissen Fällen, wie sie Freund zuerst angab, nämlich wo anhaltender Darmcatarrh auf eine innige Verbindung der Placenta mit den Därmen hinweise. Hier sei eine unmittelbare Gefahr der Sepsis, wie die einer inneren Blutung gegeben.

Mr. Bland Sutton, Dr. Amand Routh, Dr. Wilson und der Vorsitzende machten weitere Bemerkungen.

Mr. Taylor erwiderte, die Verwachsungen der Placenta seien sehr gefässreich gewesen. Man konnte die Pulsation der Gefässe vor Anwendung der Klemmen fühlen. Die Hauptsache ist, jede Gefässverbindung vor der Durchtrennung durch Abklemmung oder Unterbindung zu sichern. Dieselbe Operation hätte in irgend einer früheren Periode der Schwangerschaft vorgenommen werden können; wäre die Pat. zu der Zeit ins Hospital gekommen, als sie Wehen verspürte, so wäre allerdings die Rettung des Lebens von Kind wie Mutter leicht möglich gewesen. — Die Ansammlung käsiger Massen, die sich unterhalb der Placenta vorfand, sass dabei am untersten Teile des Fruchtsackes Derselbe reichte rechts bis zum Beckenboden: die Umbiegung des Sackes konnte vom Beckenboden aufwärts entlang dem Ligamentum latum bis zur unteren Fläche der Placenta verfolgt werden. In der unteren Ausbuchtung des Sackes waren die käsigen Massen angehäuft.

Doran erwiderte der Autor, dass er es stets vorziehen würde, am normalen Ende der Schwangerschaft zu operiren und unter keinen Umständen absichtlich den Tod des Kindes abwarten möchte, um dann erst den Bauchschnitt auszuführen.

Sitzung vom 2. Juni 1897.

Vorsitzender: C. J. Cullingworth.

Demonstration von Präparaten. Dr. Amand Routh: Uterus etc., Wirbelsäulenfractur und Durchschnitt des Rückenmarkes von einer paraplegischen Frau.

Dr. Lewers: Rechtsseitige Tubenruptur bei Tubarschwangerschaft (Tubenmole) und Hämatosalpinx der anderen Seite. Mikroskopische Schnitte der Mole.

Vortrag:

Amand Routh: Geburt bei Paraplegie, mit Casuistik.

Eine Multipara mit vollständiger Paraplegie unterhalb des sechsten Dorsalwirbels wurde eine halbe Stunde nach dem Unfall, der die Lähmung bewirkte, auf der chirurgischen Abteilung des Charing Cross Hospital von Dr. Astley Bloxam aufgenommen. Pat. war ungefähr im siebenten Monat schwanger. Acht Tage lang war von Uteruscontractionen nichts zu bemerken, aber allmählich zeigten sich solche mehr und mehr. Ueber zwei Monate später wurde Pat. auf die Gebärabteilung verlegt; 261 Tage nach der letzten Menstruation begann sie zu kreissen, ohne Schmerz zu empfinden. Die erste Geburtsperiode dauerte zehn, die zweite $2^1/_2$ Stunden. Die Placenta folgte auf leisen Druck fünf Minuten später. Während der Wehen empfand Pat. nur einen sonst nicht schmerzhaften Druck im Epigastrium, der sie veranlasste, den Atem anzuhalten. Als der Kopf durchschnitt, schrie Pat. auf; allein dies schien nur ein Reflexact und nicht von Schmerz begleitet zu sein. Die Wehen waren nicht von normalem Charakter: oft traten kleine Pausen ein, was sowohl der untersuchende Finger, wie auch die auf den Uterus gelegte Hand constatieren konnten. Die Wehen liessen mehr nach, als dass sie aussetzten. Die Retraction des Uterus war einige Stunden lang schwach, ohne dass jedoch eine stärkere Blutung aufgetreten wäre. Die Involution des Uterus verlief gleich der Lactation in ganz normaler Weise.

Der Tod erfolgte sechs Monate später. Genaue Angaben über den Befund der Beckenorgane, der Wirbelfractur und des Herzens.

Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Physiologie der Geburt. Mitteilung der von Ollier (1827), Nasse (1835), Benicke (1874), Scanzoni (1848), Paget und Brachet (1837) beschriebenen Fälle.

Kurze Aufzählung der Thierversuche von Sir James Simpson (1849), von Röhrig (1879), Serres (1824), Langley und Anderson (1895-6), Riemann (1871), Goltz (1874 u. 1893), Dembo (1884) u. A.

Auch die Fälle von Geburt nach dem Tode werden auf ihre Beweiskraft geprüft. Endlich werden noch die untergeordneten Fragen über Conception und Lactation bei Paraplegie herangezogen. Folgende Ansichten ergeben sich aus den Thatsachen:

Bei paraplegischen, schwangeren Frauen (mit Verletzung oder Erkrankung des Dorsalmarkes) können die Wehen zur normalen Zeit einsetzen und ihren Fortgang in annähernd normaler Weise nehmen, aber sie sind schmerzlos. Involution und Lactation sind gleichfalls normal.

Es ist auch durch zwei Fälle und durch Experimente bewiesen, dass Conception bei Paraplegie erfolgen kann.

Weitere Thierversuche sowie klinische Beobachtungen sind zur Erkenntniss der Physiologie der Geburt nöthig und es bleibt noch viel zu thun übrig, ehe mit Sicherheit festgestellt ist, welche Kräfte den Eintritt der Wehen am Ende der Schwangerschaft auslösen.

Inzwischen dürften die folgenden Ansichten die meiste Gültigkeit haben:

1. Der Geburtsact ist ein teils automatischer, teils reflectorischer Vorgang, von denen ein jeder in der Hauptsache die erste bezw. die zweite Geburtsperiode beherrscht.

2. Directe Verbindung mit dem Gehirn ist für die Coordination der Uterusthätigkeit nicht wesentlich, obwohl das Gehirn einen Einfluss auf die Wehen zu haben scheint, indem es dieselben regelmässig mit deutlichen Intervallen gestaltet.

3. Eine directe Verbindung zwischen dem Uterus und der Lendenanschwellung des Rückenmarkes durch Vermittlung der sympathischen Ganglien zwischen dem ersten und dritten Lumbalwirbel ist wahrscheinlich wesentlich für die regelmässige Contraction und Retraction des Uterus, wie sie bei der normalen Geburt besteht.

4. Der Uterus ist wahrscheinlich imstande, seinen Inhalt selbstthätig auszustossen, vorausgesetzt, dass der Genitalkanal erschlafft ist, auch wenn er von dem Einfluss des Rückenmarkes vollkommen abgeschnitten ist, wobei spinale Reflexe dann natürlich fehlen. Bei Abwesenheit der reflectorischen Thätigkeit kann aber der Geburtsverlauf leicht unregelmässig und wahrscheinlich auch unvollständig werden, wie in den Thierversuchen von Sir James Simpson und in Brachet's Fall.

5. Die Lactation ist nicht allein nervösem Einfluss zuzuschreiben, sondern auch chemischen Veränderungen des Blutes, die zunächst auf die Brustdrüsen und andere Gewebe des Körpers einwirken. Diese chemische Veränderung des Blutes ist nicht ovariellen Ursprungs, dürfte vielmehr in Umwandlungsvorgängen des Uterus zu suchen sein.

Dr. Mott bemerkte auf Ersuchen des Vorsitzenden, er habe Schnitte des Rückenmarkes von der Verletzungsstelle gemacht und gefunden, dass die Quetschung die Nervenmassen daselbst vollständig zerstört hatte, doch waren viele Zellen im Vorderhorn der Lendenanschwellung augenscheinlich noch ziemlich normal erhalten. Insofern als dieselben noch in Verbindung mit dem Uterus standen, liesse sich dieser Fall nicht mit dem Goltz'schen Hunde vergleichen, was die Selbstständigkeit der Uterusthätigkeit angehe. Er habe gelegentlich der Demonstration auf dem internationalen Congress zu Bern sich davon überzeugt, dass bei diesem vorher eines grossen Theils seines Rückenmarkes beraubten Thiere die Thätigkeit der Sphincteren erhalten war.

Der Thierversuch wies nach, dass der Uterus des Hundes sich wirklich ohne cerebro-spinalen Einfluss zusammenziehen und dass die Sphincteren ihren Tonus beibehalten können — Thatsachen, die unsere ganzen früheren Ansichten über den Haufen werfen. Jedoch muss bemerkt werden, dass der Sympathicus sowie die hinteren Spinalganglien geschont wurden. Dieselben

stehen mit einander in Zusammenhang und bilden wahrscheinlich einen Reflexbogen, der den Tonus der Sphincteren erhält. Er möchte annehmen, dass der den Beginn der Geburt auslösende physiologische Reiz von einer besonderen bio-chemischen Beschaffenheit des foetalen Blutes am Ende der Schwangerschaft herrühre, nämlich auf der Zunahme der Kohlensäure.

Dass tiefgreifende bio-chemische Veränderungen während der Schwangerschaft stattfinden, ist im höchsten Grade wahrscheinlich; die Anschwellung der Brustdrüsen nach Unterbrechung der spinalen Verbindung zwischen ihr und dem Uterus beweist dies, ebenso die Thatsache, dass die Mammae stärker werden, selbst wenn alle Nerven, sowohl die cerebro-spinalen wie die sympathischen durchtrennt werden, was beweise, dass eine Veränderung der Blutbeschaffenheit allein eine getrennte functionelle Thätigkeit in zwei entfernten Organen hervorrufen kann.

Dr. Horrocks ist der Ansicht, dass die natürliche Geburt nicht allein ein automatischer und reflektorischer Vorgang sei, sondern auch selbstthätig vor sich gehe. Experimente haben dargethan, dass nach Abschneidung jedes äusserlichen, nervösen Einflusses der Uterus im stande war, sich seines Inhalts zu entledigen. Dies ist in der That nur ein Beispiel eines allgemeinen Gesetzes. Ob es jedoch einem Organe, wie dem Uterus, möglich sei, sich rythmisch zu contrahieren, ohne nervöse Centren in seiner eigenen Wand zu besitzen, sei fraglich.

Nach Bemerkungen seitens der Herren Dr. M. Cann, Dr. Pembrey, Dr. Heywood Smith und Dr. Handfield-Jones erwähnte Dr. John Philipps den Fall einer Frau mit syphilitischer Paraplegie, wo die Geburt ganz normal verlief.

Dr. Dakin fragte den Vortragenden, ob irgend welche reflectorische Contractionen der Bauchmuskeln während der 2. Geburtsperiode beobachtet worden seien, ferner nach seiner Ansicht über den Zusammenhang zwischen Uterusinvolution und Lactation.

Dr. Bertram Abrahams erklärt sich gegen Dr. M. Cann's Anschauung über Paul Bert's Versuche, indem er ausführte, dass nach Entfernung der Brüste bei der Ziege der sich im Harn vorfindende Zucker im Blute gebildet worden sein müsse und nicht von der Brustdrüse her resorbiert sein könne. Derselbe Schluss gelte für die Belladonna-Versuche. Er möchte nachdrücklich hervorheben, dass die Auslösung der Thätigkeit glatter Muskeln sowie der Drüsensecretion nicht nothwendig von einem Nerveneinflusse abhängig sei. Was den Uterus betreffe, so scheine es zweifellos bewiesen, dass diese mächtige Masse glatter Musculatur ihre Contractionen auch nach ihrer Entfernung aus dem Körper noch fortsetzen könne. Der Fall von Dr. Routh lasse sich nicht zur Entscheidung der Frage von der Ursache der Geburt heranziehen, da das sogenannte Lendencentrum an sich unversehrt war. Zum Schlusse betont der Redner, dass der reflectorische Ursprung der Geburt zwar unbewiesen sei, an der reflectorischen Beeinflussung derselben, gerade so wie bei der Herzsteuerung, aber nicht gezweifelt werden könne.

Nach Bemerkungen des Herrn Dr. Giles sowie des Vorsitzenden erwiderte Dr. Amand Routh, er stimme mit Dr. Mott darin überein, dass die „Crux" der ganzen Frage in der Schwierigkeit liege, die wahre Ursache des Beginns der rechtzeitigen Geburt zu bestimmen. Wahrscheinlich handle es sich um einen bio-chemischen Vorgang und Dr. Mott's Annahme, dass derselbe auf eine Anhäufung von Kohlensäure im Placentarkreislauf zurückzuführen sei, sei nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen: denn es sei bekannt, dass Asphyxie Uteruskontractionen hervorrufe und bei bestehender Schwangerschaft Abort verursache. Herrn Dr. Abraham habe er zu erwidern, es unterliege wohl keinem Zweifel, dass die 2. Geburtsperiode des erwähnten Falles in der Hauptsache auf Reflexe zurückzuführen sei; denn obwohl keine Spur von Schmerz vorhanden war, wurde der Athem unfreiwillig angehalten und obwohl die Bauchmuskeln nicht in Thätigkeit waren, fand eine unzweifelhafte Zwerchfellcontraction und sogar ein Aufschrei am Ende der 2. Periode statt. Dies seien neben anderen in seinem Vortrag angeführten Beweisen ganz klare Reflexerscheinungen.

Der XII. internationale Medicinische Congress in Moskau.

Die Pilgerfahrt nach Moskau führte uns über St. Petersburg. Obwohl die Universitätsferien die klinische Arbeit überall unterbrochen hatten — behufs völliger Erneuerung aller Wände und des Mobiliars — verdanken wir es der Güte des Herrn v. Ott und des Herrn A. Fischer, Assistenten von Slawjanski, dass wir wenigsten die Räume ihrer klinischen Institute besuchen konnten. v. Ott verfügt über eine grosse Abtheilung in dem gewaltigen Bau des Klinikum und über das geburtshülfliche klinische Institut an der Fontanka. Dort hat er nur gynäkologische Kranke, hier wird Gynäkologie und Geburtshülfe gelehrt. Dort haben nur Aerzte Zutritt, denen in mehrmonatlichen Kursen die Möglichkeit geboten wird, sich auf allen Gebieten der Heilkunst zu unterrichten. Die grossen Räume sind zweckmässig eingerichtet und erreichen ihren Abschluss in einem Operationsraum, der nach v. Ott's Plänen eingerichtet ist. Ein hoher, durch eine Fülle von Licht erleuchteter Raum bietet in hohen Gallerien den Schülern in denkbar weitester Ausdehnung die Möglichkeit, dem Gang der Operationen zu folgen. Ventilation, Heizung, die Vorbereitung der Instrumente und Apparate, die Desinfektion des ganzen Raumes durch strömenden heissen Dampf sind in grossartigster Weise hergerichtet. v. Ott unterrichtet hier jährlich bis 400 Aerzte.

In dem grossen klinischen Institute an der Fontanka finden Aerzte und Hebammen Unterweisung in Geburtshülfe und Gynäkologie. Das Haus ist vor mehr als 100 Jahren aus einem Privathaus seinen jetzigen Zwecken entsprechend hergerichtet worden, aber es entspricht nur in sehr bescheidener Weise den Ansprüchen, welche v. Ott, der seit vier Jahren dasselbe leitet, stellt. Er hat ganz neuerdings von seinem Kaiser Grundstück und Baugeld für ein neues Haus erhalten, auf welchem sich in wenigen Jahren ein Musterinstitut erheben wird. In dem alten Haus ist inzwischen alles geschehen, was für den erfolgreichen Betrieb als eine unerlässliche Voraussetzung gelten muss: die vortrefflichen Resultate zeigen, dass v. Ott es verstanden hat, auch unter diesen Schwierigkeiten Grossartiges zu leisten. Mit besonderem Interesse habe ich den Operationsraum betrachtet, dessen Abbildung v. Ott's Vorgänger Ballandin, 1890 auf dem Congresse in Berlin vorlegte. Der theoretisch gut ersonnene Raum entspricht nicht den primitivsten Ansprüchen der Praxis. v. Ott bedient sich seiner nur gelegentlich und zieht es vor, eines der bescheidenen Zimmer für seine Zwecke herzurichten. — Wir schieden mit der Ueberzeugung, dass v. Ott, der unter den überkommenen Schwierigkeiten so Grosses leistet, in dem nach seinen eigenen Plänen hergerichteten Neubau sicherlich ein Musterinstitut schaffen wird, zum Segen seiner Schutzbefohlenen und seiner Schüler.

Slawjanski's Klinik liegt in dem mächtigen Bau des klinischen Instituts der medicinischen Akademie; ein alter Prachtbau am rechten

Ufer des herrlichen Newastromes. Grosse Räume, mit Luft und Licht reichlich ausgestattet, bieten auch heute noch diese Zimmer ihrem Leiter und seinem energischen und erfahrenen langjährigen Assistenten und Stellvertreter, Dr. Fischer, die Möglichkeit, den zahlreichen Studenten Geburtshülfe und Gynäkologie unter dem Schutz einer consequenten Asepsis zu lehren und ihnen zu zeigen, welche grossartigen Erfolge auch unter solchen Schwierigkeiten erzielt werden können. Nahe an dem alten Bau stehen in einem grossen Garten Baracken und Zelte, in welche während der Renovationen der Winterräume die Kranken übersiedeln. Zur Zeit lagen hier keine Wöchnerinnen und gynäkologische Kranken. Nur vereinzelt wurden auch von den Frauen Geburten in der Klinik abgewartet.

Wir besuchten zum Schluss die grossartige Bibliothek der Akademie, welche unter der sachverständigen Leitung des liebenswürdigen Collegen Brasch ein wahres Musterinstitut darstellt. Diese Bibliothek dürfte zu den umfangreichsten der Welt gehören und wird von Lehrern und Schülern der Akademie ausgiebigst benutzt.

Die zweite geburtshülflich-gynäkologische Klinik der Akademie steht unter der Leitung von Lebedeff; ihn selbst hatten wir das Vergnügen, in Moskau zu begrüssen. Seine Klinik ist zur Zeit in der üblichen Herrichtung begriffen und vollständig geleert.

Die grosse Masse der Anstaltsgeburten wird in Petersburg in den städtischen Gebäranstalten abgewartet; wir sahen ihren trefflichen Leiter Tarnowsky in Moskau. Leider fehlte uns die Zeit, in Petersburg diesen Anstalten einen Besuch abzustatten.

Die Congressstadt mit ihren wunderbaren klinischen und Universitätseinrichtungen füllte sich in den Tagen vor der Eröffnung des Congresses aus den endlos langen Zügen, welche in halbstündigen Zwischenräumen aus allen Theilen der Welt die Aerzteschaft herbeiführte. Wer die Schwierigkeiten kennt, welche unter solchen Verhältnissen sich für die Leiter eines Congresses entwickeln, kann nur mit Bewunderung und dankbarer Anerkennung die Leistungen der Moskauer Collegen begleiten. In einem colossalen Exercierhaus, Manège, waren geräumige Bureaux hergestellt, in denen polyglotte Herren und Damen den vielgestaltigen Bedürfnissen der Congressisten Rechnung trugen. Jede Section hatte ihre Abtheilung: ein grosser Raum diente zur leiblichen Stärkung.

Die geburtshülflich-gynäkologische Section ist in der grossen Aula der Universität, welche mit dem grossen Bilde von Katherina II. und Nicolaus II. geschmückt ist, untergebracht. Der schöne Raum ist bis auf den letzten Platz mit Collegen und Aerztinnen gefüllt. Die unermüdlich thätigen liebenswürdigen Leiter unserer Section, die Herren Makeef und Sneguireff sind von einem Stab aufmerksamer Gehilfen umgeben, sodass unsere Arbeit unter den vielversprechendsten günstigen Zeichen begonnen hat.

In einer schwungvollen Rede begrüsste Sneguireff in der ersten Sectionssitzung am 20. VIII. um 9 h. am. die Versammlung; er gab der Hoffnung Raum, dass die grosse Zahl von Fachgenossen in der gemeinsamen Arbeit durch die Erörterung der gestellten Fragen das Wohl der Frauen und unserer Wissenschaft erfolgreich dienen werde.

Olshausen, Pinard, Simpson, Clarke, Jacobs sprachen dem Organisationscomite den Dank ihrer speciellen Landsleute aus. Das Comité schlug als Ehrenpräsidenten vor und das Plenum drückte seine Zustimmung in lebhaftem Beifall aus — für Deutschland: Olshausen, Gusserow, v. Winckel, A. Martin, Leopold, Zweifel, Küstner, P. Müller; für Frankreich: Pinard, Varnier, Budin, Doyen, Apostoli; für Italien: La Torre und Mangiagalli; für England: Simpson; für Amerika: Parvin und Clarke. Als Ehrenschriftführer wurden Murdoch, Cameron, Jacobs und Werle berufen.

Das erste officielle Thema betraf die Symphysiotomie. Varnier (Paris) und Zweifel (Leipzig) führten die von ihnen (resp. Pinard) auf dem XI. internat. med. Congress in Rom und dem Gynäkologencongress in Breslau vertretenen Ansichten an der Hand neuerer Erfahrungen in anschaulicher Weise vor. Es ergiebt sich ein prägnanter Fortschritt dieser Operation. Zweifel hat alle 31 von ihm operirten Mütter erhalten. Varnier sprach sich abfällig aus über die Walcher'sche Hängelage und bestritt die nachhaltige Wirksamkeit der Frank'schen Vorschläge für die dauernde Erweiterung des Beckens.

In der Discussion sprach sich Küstner (Breslau) bedingungsweise zu Gunsten der künstlichen Frühgeburt aus. La Torre (Rom) rühmte die Wirkung der Walcher'schen Hängelage, die er übrigens dem Italiener Scipio Mercuriato (1512) vindicirte. Dinas (Petersburg) empfahl für die Durchführung des Kindes den Damm einzuschneiden und durch ein speculumartiges Instrument die gespaltene Symphyse zu schützen.

In der Nachmittagssitzung sprachen Dührssen und Referent zu dem zweiten officiellen Thema: die Colpotomie in Beziehung zu Adnexerkrankungen. Der erstere erörtert eingehend seine Erfahrungen in Betreff der einzelnen Adnexorgane und des Uterus, beschrieb die Technik nach der Entwickelung, welche sie in seiner Hand genommen. Das am Eingang dieses Heftes gegebene Referat des Unterzeichneten war dahin gerichtet, die Colpotomie in ihrer Beziehung zur Pelviperitonitis chronica vorzuführen.

Die Discussion stellte zunächst die eigenthümliche Differenz der Reaktion der Kranken auf die vaginalen und abdominalen Operationen fest. Pichevin plaidirte für die Colpotomie besonders mit Rücksicht darauf, dass sie gestattet, gleichzeitig andere etwa nothwendige plastische Operationen an den Genitalien auszuführen. Im Schlusswort geben beide Referenten weitere Erklärungen bezüglich ihrer Technik.

Die rege Betheiligung an den Sitzungen überhaupt und bei den Discussionen liessen erkennen, dass die Verhandlungen der Section sehr anregend wirkten.

Dem Congress ist die Ehre zu Theil geworden, dass der hohe Protektor in Petersburg und sein Vertreter der Grossfürst Sergius mit seiner Gemahlin Delegirte empfangen haben. Der Grossfürst beehrte mit seiner Gemahlin die Eröffnungssitzung im grossen Kaiserlichen Theater, das zur Aufnahme von 2500 Congressisten und zahlreichen Damen überaus festlich geschmückt war. Mit grossem Enthusiasmus wurde unser Altmeister Virchow begrüsst. Die Ansprache

des Generalstabsarztes der deutschen Armee, v. Coler, fand eine begeisterte Aufnahme im ganzen Auditorium.

Die Begrüssung des Congresses am Vorabend culminirte in dem Empfang, welchen das Damencomité zunächst den Damen, dann aber dem gesammten Congress darbot. Russische Gesänge fanden rauschenden Beifall; die liebenswürdige Aufnahme erwärmte alsbald alle in diesen Kreis Aufgenommenen.

Unvergleichlich grossartig gestaltete sich die Bewirthung des Congresses in dem Kaufhaus am Kremlplatz am ersten Tage. In den weiten festlich geschmückten Räumen waren grossartige Buffets aufgestellt. Russische Sängerchöre trugen ihre nationalen Weisen vor, zwischendurch liessen verschiedene Musikchöre ihre Melodien ertönen, unaufhörlich fluthete die schier unabsehbare Menge der Congressisten durch die breiten Gänge, auf den Gallerien und den Brücken zwischen diesen — es herrschte nur eine Stimme der dankbaren Anerkennung für ein Fest, dem ähnliche früherer Congresse sich kaum an die Seite stellen können.

Die gynäkologische Sektion war zum grossen Theil am zweiten Tage bei dem grossherzigen Freunde des Leiters unserer Sektion dem Moskauer Grosskaufmann Schelaputin in dessen Landsitz vereint, um ein echt russisches Gartenfest in einem herrlichen Park zu geniessen. Nach des Tages Hitze erfrischte der Aufenthalt in diesem Garten bei einem Wirthe, der durch menschliche Güte und Einfachheit aller Herzen gewann und zu lebhaften Dank verpflichtete.

A. Martin.

Buchanzeigen.

Entwickelungslehre, Geburtshilfe und Gynäkologie in den Hippokratischen Schriften, eine kritische Studie. Von **H. Fasbender.** Stuttgart 1897, F. Enke.

Mehr als zwei Jahrtausende sind die Werke des Hippokrates alt und noch immer sind sie ein unversiegter, frisch sprudelnder Quell für den Forscher. Was könnte zu ihrem Ruhm Beweiskräftigeres gesagt werden, was könnte der Autor vorliegenden Buches, das er mit gutem Recht „Ergebnisse einer nicht mühelosen Arbeit“ nennt, Ueberzeugenderes als Beweggrund seiner Arbeit anführen? Wie seine eignen Zeitgenossen Plato und Aristoteles, so bewundern wir noch heute den „Vater der Medicin“, und wir erachten es als ein Verdienst Fasbender's, uns aus den zahlreichen verstreuten Bausteinen ein wohlgefügtes, übersichtliches Gebäude der Entwickelungslehre, der Geburtshilfe und der Gynäkologie des Koërs aufgerichtet zu haben. Dieses Verdienst erhöht sich durch die Forschungen nach den Wurzeln, aus denen Hippokrates selbst seine Anschauungen und Lehren erwuchsen; denn natürlich steht auch er auf den Schultern seiner Altvordern, wie wir auf denen der unsrigen. Diese Wurzeln haften auf altägyptischem Boden, in der althebräischen (mosaischen) Geburtshilfe und in den altindischen Geburtslehren. In letzterer Beziehung ist hervorzuheben, dass weder die altindische Geburtshilfe, noch die hippokratische das enge

Becken oder die Wendung auf die Füsse gekannt haben; andererseits dürfte Hippokrates keinesfalls Susrutas Agar-Veda benutzt haben, weil dieses Werk jünger sein dürfte, als das Corpus Hippocraticum.

In der speciellen Darstellung des Themas giebt Fasbender die hippokratische Anatomie des kleinen Beckens und der Genitalien (Ovarium, Tube, Clitoris und Hymen werden nicht erwähnt), die Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, die Physiologie und Pathologie der Geburt, die geburtshilfliche Operationslehre, die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts und die Gynäkologie in gründlicher Darstellung wieder.

Der mir hier zugemessene Raum verbietet es mir, ausführlich den Inhalt der einzelnen Kapitel anzugeben. Nur einiges sei erwähnt!

Den Ursprung des Embryo leitet Hippokrates auf die Vermischung des männlichen und des weiblichen Samens zurück: beide zur Empfängnis erforderlichen Samenarten werden von allen Körperteilen geliefert; die Existenz von Keimdrüsen war also unbekannt. Im Uterus sammelt sich der weibliche Samen und fliesst nach aussen ab oder vereinigt sich mit dem männlichen, der, wesentlich aus dem Kopfe kommend, am Ohre herabfliesst, zum Rückenmark und durch die Hoden hindurch und durch die Harnröhre beim Begattungsakte sich in das weibliche Genitale ergiesst. Wessen Samen der stärkere, dessen Geschlecht erhält der Embryo und dessen Eigenschaften gehen auf ihn über. Ernährt wird die Samenmischung durch das Pneuma und das Mutterblut; bis zum siebenten Tage bildet sich um dieselbe ein umhüllendes Häutchen, dann bildet sich das Fleisch, das vom Pneuma gegliedert wird, und unter dem Einfluss der Wärme das Knochensystem. Im Verlauf der weiteren Entwicklung, die beim Knaben rascher vorschreitet, als beim Mädchen, ernährt sich der Embryo sowohl durch den Mund, als durch den Nabel. Auch fremdartige Stoffe gehen auf diesen Wegen auf den Embryo über.

Die Schwangerschaft wollte man aus gewissen mystischen Schwangerschaftsproben erkennen, deren eine fast wörtlich mit einer solchen aus dem grösseren Papyrus Brugsch übereinstimmt. Die Untersuchung auf Schwangerschaft war wesentlich die innere Exploration. Die Brust erschien nur als Sammelbecken der besonders im Unterleib gebildeten Milch, nicht als milchabscheidende Drüse.

Als normale Lage des Kindes galt die Kopflage, welche durch das Stürzen im siebenten Schwangerschaftsmonate erzielt wurde; dieses Stürzen ist durch die Schwerkraft bedingt, wie Hippokrates zuerst hervorhebt. Es ist für das Kind gefahrvoll und aus der hieraus resultierenden Schwächung seines Körpers wurde gefolgert, dass achtmonatliche Früchte niemals lebensfähig sein könnten, wohl aber siebenmonatliche, weil die achtmonatlichen Früchte gewissermassen krank, die Beschwernisse der Geburt nicht überstehen könnten. Diese „Beschwernisse" mussten aber vorausgesetzt werden, weil der Austritt des Kindes fast ausschliesslich auf dessen Thätigkeit zurückgeführt wurde.

Die Pathologie der Schwangerschaft erstreckt sich fast allein auf die Lehre von der Fehlgeburt; doch deckt sich dieser Begriff nicht mit dem unserigen.

Die Geburt tritt am 280. Tage ein; Uterusthätigkeit und Bauchpresse sind nicht unbekannt, gelten aber für normale Fälle als unwesentlich. Druck und Dehnung der mütterlichen Teile seitens des Kindes verursachen die Geburtsschmerzen. Nur von den Erstgebärenden wird behauptet, dass die Hüftbeine auseinander wichen und sich dadurch die Geburtsschmerzen steigerten; es dürfte also angenommen worden sein, dass diese Diastase für die Zukunft bestehen blieb. Ein Verstreichen des Cervix und eine fortschreitende Erweiterung des Muttermundes werden nicht erwähnt, auch nichts über die gewöhnliche Lage oder Stellung der Kreissenden. Die Geburt leitete die Hebamme; ihre Thätigkeit erstreckte sich auf das Einsalben, Erwärmen und Anfeuchten der Geburtswege oder auch auf geburtsbeschleunigende Manipulationen. Dammschutz ist unbekannt.

Die Pathologie der Geburt kennt nicht die Lehre vom engen Becken. Als schädlich galt auch zu schnelle und zu leichte Entbindung. Der vorzeitige Fruchtwasserfluss war gefürchtet; Verletzungen des Scheideneingangs,

Blutungen intra partum, Uebergrösse des Kindes, Nabelschnurverschlingungen waren bekannt.

Die Therapie der pathologischen Geburt suchte alle Schief- und Beckenendlagen, ausgenommen die vollkommene Fusslage, in die Kopflage zu verwandeln. Wo dieses nicht gelang, trat die Kunsthilfe in Form zerstückelnder Operationen ein. Aus der Lehre vom aktiven Anteil des Kindes an dem Austritt aus dem Genitale folgte die Anschauung, jede Totgeburt künstlich auf dem Wege der Zerstückelung zu vollenden. Bei Schieflage galt Vorfall des Armes schon als Zeichen des Fruchttodes. Ausser der Embryotomie kamen äussere und innere Mittel zur Herausbeförderung der Frucht in Betracht (Schüttelungen, Niesmittel u. s. w.); selten wird vom Versuche gesprochen, den vorangehenden Kopf mittels zweier Finger, einer im Munde, der andere am Kinne, zu extrahieren oder ihn zu exprimieren.

Die Physiologie des Wochenbettes umfasst wesentlich nur die Lehre vom Wochenflusse; von der Involution der Geschlechtsteile ist keine Rede, eine Wochenbettdiätetik wird nicht gelehrt. Entsprechend befasst sich die Pathologie fast nur mit den Störungen des Wochenflusses. Manche Mitteilungen weisen auf Puerperalfieber hin; puerperale Mastitis und Agalaktie sind bekannt.

Aus den Angaben über die Besorgung des Neugebornen hebe ich nur hervor, dass die Durchschneidung der Nabelschnur erst nach Austritt der Nachgeburt statt hatte. Im Gegensatz zu Susruta wird über die Wahl der Amme und ähnliches kaum gesprochen.

Was endlich die Gynäkologie des Hippokrates anlangt, so hält er das Weib nicht nur vermöge seiner geschlechtlichen Funktionen für vom Manne verschieden, sondern auch durch gewisse physikalische Eigenschaften seines Körpers. Auf die besondere physikalische Eigentümlichkeit des weiblichen Körpers wird die Menstruation und die Milchbildung zurückgeführt. Unter den Unterleibsleiden spielen Störungen der Menstruation, die Sterilität, die freilich auch in der Beschaffenheit des Mannes begründet sein kann, Lage- und Gestaltänderungen der Gebärmutter und die Flüsse (acht verschiedene Arten!) die Hauptrolle.

Für die Behandlung stellt Hippokrates den wichtigen Satz auf, dass nicht nur das kranke Organ, sondern der ganze Körper zu behandeln sei. In dieser Hinsicht erkennt er die Wichtigkeit der Hygiene und Diätetik. Oertliche Behandlungsmethoden und innere Mittel kommen hinzu: ja, es finden sich schon Spuren einer blutigen Prolapsoperation, wenn auch nur zum Zwecke einer Narbenkonstriktion. Aus der Aetiologie der Frauenleiden ist noch bemerkenswert, dass schon Hippokrates dem Puerperium für die Entstehung von Lageveränderungen der Gebärmutter wesentlich Schuld giebt.

Das mag genügen, um lebhaft zur Lektüre des ausgezeichneten Fasbender'schen Buches anzuregen! Sie wird leider stellenweise durch den Bau sehr langer Perioden und durch zahlreiche Schaltsätze erschwert; aber immer ist sie lohnend. Druck und Ausstattung entsprechen dem guten Rufe der Verlagsbuchhandlung vollkommen.

R. Landau-Nürnberg.

Abhandlungen zur Gesundheitslehre der Seele und Nerven. Hallervorden I. Arbeit und Wille, ein Kapitel klinischer Psychologie zur Grundlegung der Psychohygiene. Würzburg 1896. A. Stuber's Verlag.

Der Verf. will eine neue Wissenschaft gründen, die „Psychohygiene, eine auf physiologischen Grundsätzen aufgebaute allgemeine und spezielle Nervenhygiene". Sie basirt auf der ebenfalls neu einzuführenden klinischen Psychologie, welche den Menschen als Ganzes, als Individuum betrachtet im Gegensatz zu der bisher getriebenen allgemeinen Psychologie der Seele. Vor allem will sie aber ausgehen vom gesunden Menschen, nicht vom kranken, und ihre Wirksamkeit finden im vollen Menschenleben, in der Kneipe sowohl wie auf der Strasse. Die klinische Psychologie dient dann als Vermittlungswissenschaft für das Verständniss der Hygiene, der Pathologie, der Therapie, der Anthropologie und der Ethnologie. Von den beiden Haupttheilen beschäftigt sich der allgemeine mit dem Individuum für sich,

seinen Abgrenzungen gegen die Abnormität und Krankheit, mit der Psychologie der Geschlechter, der Berufe, der Lebensalter und mit den psychologischen Typen: Talente, Künstler, Verbrecher, Geisteskranke. Der specielle Teil hat zur Aufgabe, das Individuum als psychologisches Object zu studiren, je nach den verschiedenen Berufen, die mit ihm zu thun haben und beschäftigt sich mit dem Individuum als psychologisches Subject, d. h. mit Denjenigen, welche diese Berufe ergreifen wollen oder ergriffen haben.

Dies ist in ganz kurzen Zügen der Plan der vorliegenden Arbeit. Man sieht, der Verf. will nicht wenig. Eine gewisse Berechtigung wird man ihm nicht absprechen dürfen. Insbesondere muss der Gedanke Sympathien erwecken, etwas mehr als bisher den Menschen in seinen individuellen Verhältnissen verstehen zu lernen und dementsprechend dann auch die krankhaften Störungen des Einzelindividuums zu begreifen. Der Plan, alle gebildeten Menschen, alle Stände an der allgemeinen Psychohygiene mitwirken zu lassen, vorausgesetzt, dass sie die vom Verf. geforderte Ausbildung geniessen, ist ebenfalls sehr schön und zeugt von grossen Gesichtspunkten, die dem Verf. vorschweben.

Leider aber verdirbt der Autor vieles dadurch, dass er das Kind mit dem Bade ausschüttet. Seine Animosität gegen die exacten Naturwissenschaften, speciell gegen die Laboratoriumsarbeit, die oft recht schlecht wegkommt, ist ungerecht und schadet der Verbreitung der vom Verf. gepredigten neuen Lehre.

Die Schrift ist unglaublich schwer geschrieben und ihr Verständnis wird dadurch sehr erschwert. Auf Einzelheiten einzugehen ist ganz unmöglich in dem Rahmen eines kurzen Referates. Wer sich aber für die vom Verf. aufgeworfene Frage interessirt, dem kann das Studium seiner Anschauungen empfohlen werden. Wie viel dabei für die Praxis herauskommt, wird allerdings abzuwarten sein!

Windscheid-Leipzig.

Berichtigung.

Prof. v. Rosthorn bittet uns mitzutheilen, dass die in der Discussion über Behandlung der Retroflexio auf dem Leipziger Congresse von ihm gemachte Bemerkung über „suggestive Wirkung der Aufrichtung der Gebärmutter nach Rheinstädter" auf einer Verwechslung beruhe, zu welcher Berichtigung er sich im Interesse des vortrefflichen Rheinstädter'schen Buches gedrängt fühle.

Tagesnachrichten und Notizen.

Dem jüngst verstorbenen Prof. Max Joseph Oertel in München muss auch die Gynäkologie dankbare Anerkennung zollen für die erhebliche Bereicherung der Therapie, den die von ihm ausgebildeten diätetischen Behandlungsverfahren, insbesondere gegen die Fettleibigkeit, die Herzneurosen, die allgemeine Neurasthenie bei Frauen uns gebracht haben.

Ein Kernpunkt dieser Therapie ist, entgegen der früheren bequemen, erfolgarmen Receptschreiberei, die persönliche Mitwirkung der Kranken an ihrer Genesung unter aneifernder Anleitung des Arztes, wodurch ohne Ausschluss anderweitig gebotener Behandlung und bei nur gelegentlicher Verwendung von Medicamenten, das Kreislaufs- und Nervensystem zu gesteigerter Thätigkeit erweckt und in richtige physiologische Bahnen eingelenkt wird. Wer sich dieser Methoden zu bedienen versteht, wird bei Frauen neben der örtlichen Behandlung von Sexualleiden, besonders nach deren Abschluss, als Gegengewicht und als Ergänzung derselben, schöne Erfolge erzielen. Unter denen, welche uns die moderne, rationelle Therapie der Stoffwechsel-

erkrankungen und des asthenischen Nervensystems gebracht haben, wird Oertel's Name allzeit obenan stehen.

Gestorben Prof. Carl Liebmann, Primarius am städtischen Krankenhause in Triest, ein tüchtiger und geschätzter Praktiker, sehr verdient durch seine ausgezeichneten Referate über italienische Fachlitteratur im Centralblatt für Gynäkologie und selbst Verfasser zahlreicher werthvoller Originalarbeiten.

Privatdocent Dr. Gustav Bulius in Freiburg i. B. ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Prof. Fehling in Halle ist zum Geheimen Medicinalrath ernannt worden.

Sanitätsrath Dr. Paul Ruge ist zum Medicinal-Assessor beim Medicinal-Collegium der Provinz Brandenburg ernannt worden.

Dr. Rubeška, Professor der Geburtshülfe an der Hebammenschule in Prag und Privat-Docent an der böhmischen Facultät daselbst, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Prof. Dr. Georg Winter in Berlin ist zum ordentlichen Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Königsberg — als Nachfolger von Professor Dohrn — ernannt worden.

Die **Einladung zur 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig** (20. bis 25. September) ist nun versandt worden. Einführender der geburtshülflich-gynäkologischen Abtheilung ist Medicinalrath Prof. Dr. Ehlers, Vorsteher der Entbindungsanstalt, Schriftführer sind die Herren Dr. Richard Krukenberg und Dr. Otto Wille.

Geburtshülfe und Gynäkologie bilden die 18. Abtheilung. Folgende Vorträge und Vortragende sind bis jetzt angemeldet:

Freund, Hermann (Strassburg i. E.): Thema vorbehalten.

Gebhard, Karl (Berlin): Thema vorbehalten.

v. Herff, Otto (Halle a. S.): Einleitendes Referat über „Die Placenta und ihre Eihüllen."

Kötschau, Im. (Köln a. Rh.): Thema vorbehalten.

Leopold, Christ. Gerh. (Dresden): Referat über die menschliche Placenta und ihre Eihüllen (mit Demonstrationen).

Löhlein, Herm. (Giessen): Thema vorbehalten. (M. V.)

Rosinsky, Bernh. (Königsberg i. Pr.): Correferat über das Colles'sche Gesetz (hereditäre Syphilis.)

Siegenbeck Van Heukelom, D. E. (Leiden): Demonstration betr. Placenta und ihre Eihüllen.

Thorn, Wilh. (Magdeburg): Statistisches und Klinisches zum Carcinoma uteri.

Veit, Joh. F. O. S. (Leiden): Erfahrungen über Laparotomiefisteln. (M. V.)

Werth, Rich. (Kiel): Thema vorbehalten. (M. V.)

Inzwischen ist hinzugekommen:

Saenger (Leipzig): 1) Ueber Hämorrhoiden-Operationen und ein einfaches Verfahren, den unteren Mastdarm zugänglich zu machen.

2) Die Schäden der Polypragmasie in der nicht operativen Behandlung von Frauenkrankheiten.

Gemeinsame Sitzungen sind in Aussicht genommen mit:

1. den Abtheilungen für Zoologie und Anatomie, in welcher als Thema: „Die Placenta und ihre Eihüllen" behandelt werden soll

(Dienstag, 21. September, 9 Uhr Morgens im Polytechnikum, Zimmer No. 12). Herr Otto v. Herff (Halle a. S.) wird das oben angekündigte einleitende Referat geben mit historischen Rückblicken und einer genauen Fragestellung an die Anatomen und Zoologen. Es folgen dann die bei der Zoologie angekündigten Referate der Herren Semon (Jena) über die Placenta der Monotrematen und Marsupialien, Strahl (Giessen) über die Placenta der Raubthiere, Hubrecht (Utrecht) über die Rolle des embryonalen Trophoblastes und Selenka (München) über die Placentation der Affen, und die oben angekündigten Referate bezw. Demonstrationen der Herren Leopold (Dresden), Siegenbeck van Heukelom (Leiden) und Anderer. An der Discussion werden sich voraussichtlich unter Vorlage von Präparaten auch Herr Wilh. His sen. (Leipzig) und Andere betheiligen. Erforderlichenfalls wird die Sitzung Donnerstag, 23. September, 3 Uhr Nachmittags in demselben Sitzungszimmer fortgesetzt. Weitere Anmeldungen von Demonstrationen und Referaten über diese Frage, sowie eine recht zahlreiche Betheiligung an der Discussion werden erbeten;

2. den Abtheilungen für Kinderheilkunde, sowie Dermatologie und Syphilis, in welcher als Thema „Das Colles'sche Gesetz und die Frage des Choc en retour" behandelt werden soll. Das Referat haben für die Kinderheilkunde Herr Hochsinger (Wien), für die Dermatologie und Syphilis Herr Finger (Wien), das Correferat für die Geburtshülfe und Gynäkologie, wie oben angegeben, Herr Rosinsky (Königsberg i. Pr.) übernommen (Dienstag, 21. September, 3 Uhr Nachmittags im Polytechnikum, Zimmer No. 115).

Die Besichtigung des neuen Entbindungshauses im Herzoglichen Krankenhause ist geplant und einer besonderen Verabredung vorbehalten.

Litteratur-Verzeichniss.

I. Geburtshilfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Cosentino, G., Rendiconto della clinica ostetrico-ginecologica pareggiata dell' ospedale S. Francesco Saverio. Arch. di Ost. e Gin. Luglio 97. No. 7.

Reibmayr, Albert, Inzucht und Vermischung der Menschen. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke 97.

Stephenson, Studies in practical midwifery. The Scott. Med. and. Surg. Journ. Vol. I. No. 7. July 97.

2. Allgemeines.

Baumgarten, De l'influence du toucher vaginal et rectal sur la production de l'infection puerpérale. Thèse de Paris 97.

Denys, Etude critique sur les différents procédés de mensuration de la tête fœtale pendant la vie intra-utérine. Thèse de Paris 97.

Knapp, Ludwig, Ueber die Verwendbarkeit des Phonendoskopes von Bianchi und Bazzi in der Geburtshilfe. Prager Med. Wochenschrift. Vol. XXI. No. 46. 96.

Sarwey, O., Ueber Rectalmessungen im Wochenbett. Centralbl. für Gyn. No. 29. Juli 97.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Simpson, J. Christian, Note on auto-intoxication during pregnancy. The Lancet. No. 3854. July 97.

Curatulo, Intorno ad una nuova origine della placenta marginata. Ann. di Ost. e Gin. Luglio 97. No. 7.

Dührssen, Ueber die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft. Centralbl. für Gyn. No. 30. Juli 97.

Harrison, Georye Byrd, Stillbirth. The Am. Journal of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

Jellinghaus, Ueber Uterusrupturen während der Schwangerschaft. Arch. für Gyn. LIV. Band. 1. Heft 97.

Marlio, Des modifications de la pigmentation de la peau au cours de la grossesse. Thèse de Paris 97.

Meyer, H., Zwei seltene Auskultationsphänomene bei einer Schwangeren. Centralbl. für Gyn. No. 28. Juli 97.

Müller, Ludwig, Eine Geburt bei Uterus septus. Universität Marburg. Juni 97. Inaugural-Dissertation.

Musgrove, Charles D., Subcutaneous emphysema following labour. The Lancet. No. 3857. Juli 97.

Pazzi, Muzio, Sopra un caso di placenta dimidiata. Bull. delle Scienze mediche di Bologna. Serie VII. Vol. VIII. 97.

Pazzi, Muzio, Sopra un caso non recidivo di inversione acuta dell'utero puerperale. Nota clinica complementare. Bulletino delle Science mediche di Bologna. Serie VII. Vol. VIII. Fascicolo di Luglio 97.

Rubeska, Beiträge zum Tetanus puerperalis. Arch. für Gyn. Bd. LIV, Heft 1. 97.

Scántó, Ueber einen Fall von Phlegmasia alba dolens et Thyreoiditis acuta. Ungar. med. Presse, No. 25, 97.

Sergent, De l'hydrocéphalie intra-utérine dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse de Paris 97.

Stephenson, The use of veratrum viride in puerperal convulsions. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 8. August 97.

Torre, F. la, Gravidanza e diabete. Bull. della Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma. Fascicolo I. Anno XVII. 97.

Torre, F. la, Quattro casi di placenta previa centrale curati col metodo del Deventer. Bull. della Soc. Lancisiana degla Ospedali di Roma. Fascicolo I. Anno XVII. 97.

Wilson, H., Case of neglected shoulder presentation complicated by rupture of the uterus; recovery. Brit. Med. Journ. No. 1909. July 1897.

4. Enges Becken.

Clark, F. S., Pelvimetry, its value in obstetrics. Ann. of Gyn. and Ped. July 97. No. 10.

Schneider, Friedrich, Ueber Schädelimpressionen beim engen Becken. Inaugural-Dissertation. Würzburg. Juni 97.

5. Geburtshilfliche Operationen. Abortus. Operationen im Wochenbett.

Boyd, James P., The indications for and technique of the induction of premature labor. Albany med. Annals. Vol. XVIII. July 97. Num. 7.

Bruschi, F., Vizio di bacino — Applicazione di forcipe — Gangrena dei genitali — Endometrite — Enterite ulcerosa — Terapia — Guarigione. Arch. di Ost. e Gin. Luglio 97. N. 7.

Freund, W. A., Die moderne Lehre von der Behandlung des Abortus. Zeitschr. für Pract. Aerzte. August 97. No. 15.

Gördes, Conservativer Kaiserschnitt. (Mutter und Kind lebend.) Deutsche med. Wochenschrift. No. 29. Juli 97.

Graefe, Ueber die Einleitung bezw. Beschleunigung der Geburt durch intrauterine Kolpeuryse. Münch. Med. Wochenschrift. No. 29. Juli 97.

Hirst, Barton Cooke, I. Two cesarean sections, one for a dermoid cyst impacted in the pelvis, the other for a flat rachitic pelvis and an overgrown child. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

Kósmiński, Beitrag zum aseptischen Verfahren bei gewissen geburtshilflichen Operationen. Centralbl. für Gyn. No. 29. Juli 97.

Michel, Le décubitus acutus complication possible dans la symphyséotomie. Thèse de Paris 97.

Michel, Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant eu des accès d'éclampsie? Thèse de Paris, 97.

Stuhl, Carl, Anwendung der hohen Zange in der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin für die Zeit vom 1. Jan. 90 bis zum 31. Decemb. 95. Inaugural-Dissertation. Berlin, 97.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Forsström, Toivo, Wiederholte Tubenschwangerschaft bei derselben Frau. Mittheil. aus der gyn. Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Band I Heft 1.

Hart, D. Berry, Extra-peritoneal incision in extra-uterine gestation. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 8. August 97.

Roesky, Franz, Ueber Graviditas tubaria. Inaugural-Dissertation. Greifswald, 97.

Ross, James F. W., Three cases of ectopic gestation, two unruptured and one ruptured; brief clinical notes. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

7. Eklampsie.

Shober, John B., A case of eclampsia successfully treated with large doses of veratrum viride. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

8. Foetus. Neugeborenes. Laktation.

Ahlmeyer, Ernst, Historisch-bibliographische Zusammenstellung der Methoden der Wiederbelebung Neugeborener. Inaugural-Dissertation. Marburg 97.

Fischl, Rudolf, Ein Beitrag zur Kenntnis der Encephalitis beim Säugling. Prag. med. Wochenschrift. Juli 97. No. 26.

Gmeiner, Josef, Ueber einen Fremdkörper in den Eihäuten. Prag. Med. Wochenschrift. No. 28. Juli 97.

Matthews, J. C. S., Case of foetal ascites. Brit. Med. Journ. No. 1906. July 97.

Morse, E. G., Lactation. Ann. of Gyn. and Ped. July 97. No. 10.

Rosenfeld, Ueber Säuglingssterblichkeit. Wien. med. Blätter. Juli 97. No. 27.

Schallehn, Die Zuverlässigkeit der Credé'schen Einträufelung. Arch. f. Gyn. LIV. Band. 1. Heft. 97.

Winternitz, H., Findet ein unmittelbarer Uebergang von Nahrungsfetten in die Milch statt? Deutsche Med. Wochenschrift. No. 30. Juli 97.

Zappert, Julius, Ueber Muskelspasmen bei schweren Säuglingskrankheiten und deren Beziehungen zu anderen Erkrankungen des kindlichen Rückenmarks. Wien. klin. Wochenschrift. Juli 97. No. 27.

II. Gynäkologie.

9. Bücher. Monographien. Berichte.

Abel, Nachtrag zum Bericht über die Verhandlungen der VII. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig vom 7.—11. Juni 1897. Centralbl. für Gyn. No. 28. Juli 97.

Flesch, Max, Bericht über die Thätigkeit der Poliklinik für Frauenkrankheiten in Sachsenhausen-Frankfurt a. Main, in der Zeit vom 15. April 1889 bis 30. Juni 1896. Frankfurt a. Main, Johannes Alt.

Heimann, Georg, Die im Jahre 1894 in den Heilanstalten Preussens ausgeführten Operationen. Arch. für Klinische Chirurgie. 54. Band. 2. Heft. 97.

Maass, Fritz, Proceedings of the Detroit gynecological society. Ann. of Gyn. and Ped. July 97. No. 10.

De Wasten, W., Rapport sommaire sur le service de la section gynécologique de l'Hôpital d'Oboukhow pendant l'année 1895. St. Petersbourg. Trenké et Fusnot. 97.

Winckel, F. von, Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Entzündungen des Bauchfells und des benachbarten Zellgewebes. Handb. d. spec. Ther. innerer Krankheiten von Pentzold und Stintzing I. Suppl.-Band. 2. Heft. Jena, G. Fischer 97.

Winternitz, E., Ueber Blutungen nach Abortus, veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Sammlungen zwangloser Abhandlungen aus der Geb. der Frauenheilk. und Geburtshilfe etc. II. Band. Heft 4. — Halle, Marhold.

10. Allgemeines.

Baudouin, Marcel, La supériorité de la femme au point de vue des opérations abdominales. Le Prog. méd. No. 28. Juillet 97.

Brunnenberg, Karl, Ueber die Häufigkeit und Ursachen der Sterilität unter dem Krankenmaterial der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg von 89—96. Inaugural-Dissertation. Würzburg 97.

Clark, J. G., Submammary infusions of salt solutions in primary anemia from hemorrhage, in shock, and in septic infection. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

Étable, Des injections massives de solution saline dans l'infection. Thèse de Paris 97.

Huchard, Betrachtungen über Diagnose und Behandlung der Chlorose. (Deutsch von Dr. Freudenberg). Der Frauenarzt. Monh. f. Gyn. u. Geb. f. pr. Aerzte. Heft 6 (Juni) 97.

Morsee, J. L., Frühzeitige Reife. (Deutsch von Dr. A. G. Wollenmann.) Der Frauenarzt. Monh. f. Gyn. u. Geb. f. praktische Aerzte. Heft 6 (Juni) 97.

Stifter, M., Ueber die Wirkungen künstlicher Bäder. Münch. medic. Wochenschrift. No. 27. 97.

Südekum, Hubert, Ueber den Einfluss der Fibromyome auf das Geschlechtsleben der Frauen. Inaugural-Dissertation. Marburg 97.

Villanova, Essai d'étude sur les avantages des „injections rectales" réitérées, d'eau salée froide, dans les toxémies fébriles de nature microbienne. Thèse de Paris 97.

11. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Fergusson, W., Uterus bicornis unicollis. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 7. July 97.

Fromm, Simon, Beiträge zur Casuistik der Hypospadie und Epispadie. Inaugural-Dissertation. Würzburg 97.

Hansemann, D., Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste. Berlin 97. August Hirschwald.

Pick, Ein neuer Typus des voluminösen paroophoralen Adenomyoms. (Mit

18 Abbildungen auf Tafel I—III und 2 Abbildungen im Text.) Arch. für Gyn. LIV. Band. I. Heft 97.

Tombleson, James B., A case of uterus bicornis. The Lancet. No. 3857. Juli 97.

12. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Barbour, A. H. F. and *Walker, Normann*, Ulcus serpiginosum vulvae. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 7. July 97.

Ferraresi, I setti trasversali della vagina. Ann. di Ost. e Gin. Luglio 97. Num. 7.

Piering, Ein Fall von Scheidenstenose nach Verätzung mit Oxalsäure. (Tentamen suicidii.) Arch. für Gyn. LIV. Band. I. Heft. 97.

Vallon et *Petit, Paul*, Vaginisme avec orgasmes vénériens liés à la réplétion vésicale. La Sem. Gyn. No. 28. Juillet 97.

Hirst, Barton Cooke, A cyst of the labium removed without rupture. The Amer. J. o. Obst. etc. Vol. XXXV, 6.

13. Uterus und Operationen an demselben.

Bayer, Uterus und unteres Uterinsegment. (Mit 7 Abbildungen im Text.) Arch. für Gyn, LIV. Band. I. Heft. 97.

Beck, Emil, Ein Fall von Schleimhautsarkom des Uterusfundus. Inaugural-Dissertation. Tübingen 97.

Bell, Robert, The treatment of carcinoma of the uterus etc. without operation. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 7. July 97.

Boije, O. A., Zur Aetiologie und Natur der chronischen Endometritis. Mittheil. aus der gyn. Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Band I. Heft I.

Bouchard, Du drainage utérin combiné à la dilatation et à l'antisepsie dans le traitement des métrites et des complications pelviennes. Thèse de Paris. 97.

Engström, Otto, Abdominale Enukleation der Myome des Uteruskörpers. A. Martin's Myomotomie. Mittheil. aus der gyn. Klinik des Prof. Otto Engström. Band I. Heft I.

Freudenberg, C., Zur Behandlung der Retroflexio uteri. Deutsche Med. Wochenschrift. No. 30. Juli 97.

Freudenberg, C., Ueber die Behandlung des inoperablen Uteruskrebses mit Chelidonium majus. Centralbl. für Gyn. No. 30. Juli 97.

Lévis, Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. Thèse de Paris. 97.

Möller, Elis Essen, Idiopathische Hypertrophie der Portio vaginalis uteri. Mittheil. aus der gyn. Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingsfors. Band I. Heft I.

Mann, M. D., An uterine fibroid operation. Buffalo Med. Journ. Vol. XXXVI. No. 12. July 97.

Pichevin, Des fausses utérines. La Sem. Gyn. No. 28. Juillet 97.

Planque, De la torsion des fibromes utérins. Thèse de Paris. 97.

Pozzi, S., Des indications du traitement opératoire dans les rétrodéviations de l'utérus. Revue de Gyn. et de Chir. abdom. No. 3. Mai—Juin 97.

Rechner, Contribution à l'étude du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibrômes utérins. Thèse de Paris. 97.

Sanier, De l'utérus après l'ablation des annexes. Résultats éloignés. Thèse de Paris. 97.

Savor, R., Psammocarcinom in einem Cervicalpolypen. Centralbl. für Gyn. No. 30. Juli 97.

Semb, Oskar, En kritisk fremstilliug af uterindeviationernes patologiske

betydning. Norsk Mag. for Lægevidenskaben. Juni—Juli. No. 6—7. 97. 4. Række. XII. Bind.

La Torre, Felice, Endometrite glandolare gravissima. Atti della Società italiana di Ost. e. Gin. Vol. III. 97.

14. Ovarien. Tuben. Ligamente.

Buchstab, A., Das elastische Gewebe in den Eileitern der Frauen in normalem und pathologischem Zustande. Centralbl. für Gyn. No. 28. Juli 97.

Carr, William P., Treatment of acute salpingitis. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

Condamin, M. R., De la marupialisation des kystes de l'ovaire. Traitement ultérieur en cas de récidive. La Sem. Gyn. No. 29. Juillet 97.

Engström, Otto, Ueberzählige Ovarien. Mittheil. aus der gyn. Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Band I. Heft I.

Friedrich, Eugen, Ein Fall von Parotitis nach Ovariotomie. Inaugural-Dissertation. Tübingen 97.

Jayle, F., Effets physiologiques de la castration chez la femme. Revue de Gyn. et de Chir. abdom. No. 3. Mai—Juni 97.

Ries, E., Ueber das Verhalten des Tubenstumpfes nach Salpingektomie. Centralbl. für Gyn. No. 28. Juli 97.

Smith, A. Lapthorn, Post-operative hemorrhage from slipping of the ligature after removal of diseased tubes and ovaries; and how to prevent it. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

15. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Currier, Andrew F., Ventral hernia resulting after abdominal section, and its treatment. Ann. of Gyn. and Ped. July 97. No. 10.

Demantke, De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes par le procédé de la ligature élastique perdue. (Procédé d'Olshausen.) Thèse de Paris 97.

Elting, Arthur W., and *Calvert, Wm. J.*, An experimental study of the treatment of perforative peritonitis in dogs by a new method of operation. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Vol. VIII. No. 76. July 97.

Falk, Edmund, Fortschritte und gegenwärtiger Stand der vaginalen Operationstechnik. Therapeut. Monatshefte. 96. Heft 10—12.

Finney, J. M. T., Five successful cases of general suppurative peritonitis treated by a new method. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Vol. VIII. No. 76. July 97.

Hense, K., Ueber Koeliotomie bei Peritonitis tuberculosa. Inaugural-Dissertation. München 97.

Lauenstein, C., Bemerkung zu dem Thema der Bauchdeckennaht, sowie zu dem Bauchschnitt bei Ovariotomie wegen einkammeriger Cyste und ihrer schonenden Entwicklung aus einem kleinen Schnitt. Centralbl. für Gyn. No. 30. Juli 97.

Largeau, De la laparotomie en général. Le Prog. Méd. No. 31. Juillet. 97.

Monod, Ch., et *Van-Verts, J.*, De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatique (avec quatre figures). Revue de Gyn. et de Chir. Abdom. No. 3, Mai-Juin 97.

Pichevin, R., De l'exstirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. Historique et technique de l'hystérectomie vaginale pour adénome, cancer, fibrome, lésions des annexes, prolapsus et inversion. Paris 97. Maloine.

Reynier, Paul, A propos de l'hystérectomie abdominale totale. La Sem. Gyn. No. 29. Juillet. 97.

Robson, A. W. Mayo, A case of perforating wound of the abdomen in which the superior mesenteric vein was wounded: ligature of vein: lavage of abdomen: transfusion: recovery. Brit. Med. Journ. No. 1906. July 97.

Sellmann, William A. B., Treatment of pus in the pelvis. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

Stokes, J. Ernest, Strangulated hernia, a sequel of an ovariotomy performed twenty-seven years previously. The Am. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. Vol. XXXV. June 97.

Thésée, M., Contribution à l'étude du decubitus acutus: complication possible de l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris 97.

Thomas, J. Lynn, A case of ischio-rectal hernia due to dislocation of a subperitoneal fibroma. The Lancet. No. 3856. July 97.

Tridondani, Tachicardia e midriasi unilaterale post-laparotomiche. Ann. di Ost. e Gin. Luglio. 97. Num. 7.

Vitalien, Peritonite caucéreuse primitive. La Sem. Gyn. No. 29. Juillet. 97.

Wallace, John, A note on exploratory incision and drainage versus paracentesis in the treatement of ascites; and exact diagnosis by peritoneal speculum. Brit. Med. Journ. No. 1906. Juli 97.

16. Harnorgane. Fisteln.

Albarran, J., Technique du cathétérisme cystoscopique des uretères. (Avec quatorze figures.) Revue de Gyn. et de Chir. abdom. No. 3. Mai-Juin 97.

Caird, F. M., A case of renal tumour. (2 coloured plates.) The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 8. August 97.

Frew, William, Case of so-called „Catheter" or „Urinary" fever. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 8. August 97.

Häberlin, Cystoscopie bei den Frauen. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 14. Juli 97.

Harrison, Reginald, Ueber einige Eiterungsprocesse des Harnapparates. Wien. Med. Blätter. Juli 97. No. 27.

Limper, Lothar, Ueber Fremdkörper in der Harnröhre und Blase. Inaugural-Dissertation. Bonn. Juni 97.

Mechau, Arthur, Dystocia due to congenital cystic disease of the kidneys. Brit. Med. Journ. No. 1909. July 97.

Perrault, Quelques réflexions sur les tumeurs dites polypes de l'urèthre chez la femme. Thèse de Paris 97.

Phipps, E. V. A., Foreign body in the bladder. Brit. Med. Journ. No. 1907. July 97.

Stogantchoff, Contribution à l'étude des complications rénales dans la blénnorragie aigue. Thèse de Paris 97.

17. Gonorrhoe.

Hagner, Francis R., Successful cultivation of gonococcus in two cases of gonorrheal arthritis and one of tendosynovitis, with remarks on a new medium. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Vol. VIII. No. 75. June 97.

Kohmann, Karl, Om metylenblaat ved behandlingen of den akute gonorrhoë. Norsk Mag. for Lægevidenskaben. Juni-Juli. No. 6—7. 97. 4. Rœkke. XII. Bind.

18. Hysterie.

Frölich, Hermann, Ueber hysterische Gehstörungen. Inaugural-Dissertation. Erlangen 97.

Harlingen, Arthur van, The hysterical neuroses of the skin. The Am. Journ. of the Med. Sciences. No. 303. July 97.

19. Mamma.

Gerota, D., Nach welchen Richtungen kann sich der Brustkrebs weiter verbreiten? Arch. für klinische Chirurgie. 54. Band. 2. Heft. 97.

20. Technisches. Akiurgie.

Chathcart, Charles W., Balls of catgut (or silk) for ligatures. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 7. July 97.

Landsmann, Ernst, Stereoscopische Röntgen-Bilder. Prag. Med. Wochenschrift. Juli 97. Nro. 29.

Robinson, Walter, F. The Roentgen rays in medical and surgical diagnosis. Albany Med. Annals. Vol. XVIII. 97. Num. 8.

Rohr, K., Ein einfaches biaurales Stethoscop. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 15. August 97.

Walsh, David, Deep tissue traumatism from Roentgen ray exposure. Brit. Med. Journ. No. 1909. July 97.

21. Darm.

Ainsley, J. G., Case of gangrenous intussusception; enterectomy by Maunsells's method; recovery. Brit. Med. Journ. No. 1906. Jul. 97.

Boeckel, Jules, Sur une complication éloignèe de la cure radicale des hernies. Revue de Gyn. et de. Chir. abdom. No. 3. Mai-Juin 97.

Fessler, Studien über die Radical-operation der Hernien. Münch. Med. Wochenschrift. No. 29. July 97.

Lannelongue, Die Technik der Behandlung der Inguinalhernie durch die „sklerogene" Methode. Wiener Medicin. Blätter. Juli 97. No. 29.

Lederer, Camill, (Opeka, Croatien). Zur Entzündung des Wurmfortsatzes. Der Frauenarzt. Monh. f. Gyn. u. Geb. f. prakt. Aerzte. Heft 6. (Juni) 97.

Letulle, Maurice, Les greffes cancéreuses de l'intestin (avec une planche et deux figures). Revue de Gyn. et de Chir. abdom. No. 3. Mai-Juin 97.

Mantel, Adolf, Ueber tödtliche Darmverletzungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus. Prag. Med. Wochenschr. Juli 97. No. 29.

Paul, F. J, A second series of fourteen cases of excision of the rectum. The Lancet. No. 3854. Juli 97.

Rürig, Wilhelm, Ueber die Heilung des Anus praeternaturalis. Inaugural-Dissertation. Halle a. S. 97.

Stockton, Charles G, Some aspects of enteroptosis. Buffalo Med. Journ. Vol. XXXVI. No. 12. July 97.

22. Narkose. Antiseptica.

Armstrong, W. B., Case of chloroform poisoning: recovery. Brit. Med. Journ. No. 1907. July 97.

O'Followell, L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacyl. Thèse de Paris. 97.

Gires. M., Holocaïne: contribution à l'étude de son action physiologique. Thèse de Paris. 97.

Lawrie, E., Chloroform and the heart. Brit. Med. Journ. No. 1907. July 97.

Lawrie, Edward, Artial anesthesia with chloroform. Brit. Med. Journ. No. 1909. July 97.

Rosenberg, Paul, Ueber die Wirkungen des Formaldehyds im Holzin und Steriform. Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankheiten. XXIV. Band 97.

Scheurlen, Zur Kenntniss unserer Desinfectionsmethoden. Münch. Med. Wochenschrift. No. 29. Juli 97.

Thorp, Des accidents observés pendant et après l'éthérisation. Thèse de Paris. 97.
Zangger, *Theodor*, Chron. Cocainmissbrauch. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 14. Juli 97.

23. Bakteriologie.

Flexner, *Simon*, Pseudo-tuberculosis hominis streptotricha. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Vol. VIII. No. 75. June. 97.
Riether, *Gustav*, Säuglings-diphtherie und Heilserum. Wien. klin. Wochenschrift. Juli. No. 28. 97.
Seeligmann, *L.*, Ueber einen Fall von Genital- und Hauttuberculose, behandelt mit Tuberkulin R. Deutsche Med. Wochenschrift. No. 30. Juli 97.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig.

Originalarbeiten.

Aus der Klinik Chrobak in Wien.

Ueber Complication von Schwangerschaft und Geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen Genitales und benachbarter Organe.

Von

Dr. ROBERT HLAWACEK,

Operateur der Klinik.

Bei der grossen Häufigkeit der eitrig-entzündlichen Erkrankungen der verschiedenen Theile des weiblichen Geschlechtsapparates sowie diesem benachbarter Organe, muss es eigentlich Wunder nehmen, dass sich in der Literatur nur verhältnismässig wenige Fälle verzeichnet finden, die eine Beeinflussung dieser Krankheitsprozesse durch Schwangerschaft und Geburt und zwar speciell mechanische Beinflussung durch die wachsende, beziehungsweise sich zusammenziehende Gebärmutter, sowie durch auf die Krankheitsheerde während der Geburt drückende Kindestheile aufweisen.

An der Klinik Chrobak gelangten vier Fälle zur Beobachtung, in denen es sich einmal um eine eitrige Erkrankung des processus vermiformis, zweitens um eine eitrige Adnexerkrankung, drittens um einen parametranen Abscess und viertens um Abscessbildung neben dem Uterus mit nicht ganz sicher festzustellendem Ausgangspunkt bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft gehandelt hatte, oder Entzündung erst bei bestehender Schwangerschaft hinzugetreten ist.

Es sei mir nun gestattet, an der Hand dieser vier Fälle, die bei derartigen Combinationen gemachten Beobachtungen und die daraus resultirenden Verhältnisse zum Gegenstand meines Vortrages[1]) zu machen.

Der erste der hier zu besprechenden Fälle betrifft eine angeblich stets gesund gewesene 21jährige Zweitgebärende. Patientin menstruirte seit ihrem 15. Lebensjahre. Die Menses traten alle vier Wochen auf, dauerten 4 bis 5 Tage, waren regelmässig. Eine Spontangeburt vor 2 Jahren, normaler Wochenbettsverlauf. Hierauf wieder regelmässige Menstruation bis Ende

[1]) Gehalten in der Sitzung der geburtshilflich-gynaekologischen Gesellschaft zu Wien am 22. Juni 1897.

April 1896, seit welcher Zeit dieselbe ausblieb. Während der folgenden Schwangerschaft fühlte sich Patientin angeblich stets wohl, bis sie am 15. Januar d. J. plötzlich wehenartige Schmerzen verspürte, die sie veranlassten, sich von einer Hebamme untersuchen zu lassen. An diesem und am nächstfolgenden Tage wurde sie wiederholt von Schüttelfrösten befallen, deren Anzahl sie nicht genau anzugeben weiss. Aufnahme in die Klinik den 16./1. N. M., 4 h. Temperatur 36.9, Puls 78; in der Klinik selbst wurde an diesem Tage kein Schüttelfrost beobachtet.

Den 17. I., 1/2 11 h. V. M. Blasensprung, eine Viertelstunde später Spontangeburt in normal rotirter Hinterhauptslage; 10 Minuten nachher geht die Placenta nach Duncan ab; ihr Aussehen deutet auf zurückgebliebene Placentarreste hin. In der darauffolgenden Nacht ein Schüttelfrost, am nächsten Tage zwei in ziemlich rascher Aufeinanderfolge; wegen des Verdachtes auf zurückgebliebene Placentarreste wird die Austastung der Uterushöhle vorgenommen. Der damals erhobene Befund lautet: „Abdomen von normaler Configuration, Uterusfundus zwei Querfinger unter dem Nabel, im rechten Hypogastrium eine undeutliche Resistenz und Druckempfindlichkeit. Mittellange, glattwandige Scheide, deren Schleimhaut unverletzt ist, Portio cylindrisch, aufgelockert, geringgradig lacerirter äusserer Muttermund; dieser sowie der innere für zwei Querfinger durchgängig; Gebärmutter über mannsfaustgross, anteflektirt; ihrem Fundus und der hinteren Wandung sitzen in das Lumen hineinragende, schwammige, lappig angeordnete Gewebsmassen — Placentarreste — auf, die theils manuell, theils wegen ihrer festen Adhärenz mit der Schultze'schen Löffelzange entfernt werden; Adnexe beiderseits normal, das linke Parametrium frei, das rechte sich derber anfühlend, leicht druckschmerzhaft. Nach vorgenommener Ausräumung wird eine heisse intrauterin Ausspülung vorgenommen und auf das rechte Hypogastrium emplastrum cinereum aufgelegt. Beim zweiten an diesem Tage stattgehabtem Schüttelfroste stieg die Temperatur auf 40°. der Puls auf 132 an. Vom 18. d. M. an anhaltendes Fieber bis zwei Tage vor dem Tode.

Am 19. d. M., dem dritten Tage des Wochenbettes, zwei weitere Schüttelfröste, der eine um 4 h N. M. mit einer Temperatur von 39,3, der andere um 7 h Abends mit 40,2. Von da ab kein Schüttelfrost mehr. Innerhalb 24 Stunden drei reichliche, wässerige Stuhlentleerungen. Zunahme der Resistenz und Druckempfindlichkeit im rechten Hypogastrium. Den 20. I. leichte Benommenheit, drei diarrhöische Stühle. Da die inzwischen vorgenommene bakteriologische Untersuchung des Uterussekretes (Strichpräparate und Züchtung auf Agar in Petri'schen Schalen) Anwesenheit von Streptococcen ergeben hatte, wurden am 21. d. M., sowie an den beiden folgenden Tagen je 10 ccm Lyoner Antistreptococcenserums abwechselnd in die Aussenseite des rechten und linken Oberschenkels injicirt. Zwei diarrhoische Stühle. Am 22. I. Schmerzhaftigkeit im ganzen Abdomen, leichter Meteorismus und überall Druckempfindlichkeit. Zwölf diarrhoische Stühle.

Den 23. I. Pat. somnolent, ikterisch, Dyspnoe mässigen Grades Meteorismus und Druckempfindlichkeit gesteigert, Zunge trocken, mit Borken belegt, fünf wässerige Stühle. An diesem, dem siebenten Tage des Wochenbettes wird das Temperaturmaximum mit 40,6 erreicht. Von da an fällt die Temperatur mit abendlichen Exacerbationen ziemlich steil ab, bis am 27. I. 7 h Früh bei einer Temperatur von 36,5 der Tod eintritt. Die Pulskurve, die fortwährend mit der Temperaturkurve ziemlich parallel verlaufen war, stieg in den letzten zwei Tagen, sich mit ersterer kreuzend, ziemlich rasch an; während dieser Zeit stellten sich bei Patientin auch Aufstossen und Erbrechen ein, während alle oben erwähnten Symptome sich steigerten.

Die klinische Diagnose hatte gelautet: Endometritis septica, rechtsseitig lokalisirte Parametritis mit Endausgang in Peritonitis septica.

Sowohl der Krankheitsbeginn, als auch der ganze Verlauf zeigte in wesentlichen Punkten Abweichungen von dem Bilde des gewöhnlichen Puerperalfiebers und zwar nicht nur von der septichaemischen, sondern auch von der pyämischen Form desselben.

Während vom 5. Wochenbettstage an sämmtliche Symptome der septi-

schen Peritonitis immer mehr und mehr in den Vordergrund traten, vom allmählich anwachsenden Meteorismus, der sich über das ganze Abdomen ausbreitenden Schmerzhaftigkeit, den profusen diarrhoischen Stühlen, der Prostration, der hohen Frequenz des kleinen, leicht unterdrückbaren Pulses, der trockenen borkig belegten Zunge, der ikterischen Hautverfärbung angefangen bis zum Singultus und Erbrechen während der letzten zwei Krankheitstage liessen sich die Schüttelfröste, die zwei Tage vor der Geburt begonnen hatten, und in den drei ersten Wochenbettstagen wiederholt aufgetreten waren, nicht so leicht erklären.

An eine puerperale Metrophlebitis konnte man hier nicht denken, da bereits vor der Geburt Patientin Schüttelfröste durchgemacht hatte, und vom dritten Tage des Wochenbettes an dieselben ausblieben, während ja bei der phlebo-thrombotischen Form des Puerperalfiebers der erste Schüttelfrost erst meist in späterer Zeit sich einzustellen pflegt, dann aber auch die Schüttelfröste gewöhnlich vor dem Ende nicht mehr aus dem Krankheitsbilde verschwinden; gegen die Diagnose Pyaemie sprach ausserdem das Fehlen jeglichen Anzeichens einer Metastasirung während des ganzen Krankheitsverlaufes.

Weder die Anamnese, noch die am Tage nach der Geburt vorgenommene innere Untersuchung ergab einen Anhaltspunkt für eine bereits früher bestandene Erkrankung des Genitaltractes, und die damals konstatirte Derbheit und leichte Druckschmerzhaftigkeit des rechten Parametriums liess wohl nur die Deutung einer beginnenden, entzündlichen Infiltration desselben zu, ohne jedoch zur Erklärung der Aetiologie der Schüttelfröste herangezogen werden zu können.

Es wurde daher mit Rücksicht auf den bakteriologischen Befund und den schliesslichen Krankheitsverlauf die oben erwähnte klinische Diagnose gestellt.

Die Obduction klärte den Zusammenhang der verschiedenen nicht recht in Einklang zu bringenden Symptomenkomplexe völlig auf. Die Obductionsdiagnose (Obducent Dr. Störk) lautete: „Peritonitis diffusa e perforatione processus vermiformis ulceratione diphteritica affecti cum endophlebitide purulenta venarum mesaraicarum et venae portae nec non ramorum hepaticorum. Endometritis diphteritica uteri post partum ante dies undecim.“

Was zunächst den Wurmfortsatz betrifft, so wies derselbe eine durchgehends ziemlich gleichmässige, entzündliche Verdickung seiner Wandungen auf, deren Continuität an einer Stelle durch eine hanfkorngrosse Lücke unterbrochen war, welche die ganze Wanddicke durchsetzend eine Communication des Wurmfortsatzes mit der Bauchhöhle vermittelte. Die überall ziemlich enge Höhlung des processus vermiformis war mit grünlich-gelbem Eiter erfüllt. Ausserdem fand sich retroperitoneal dem Wurmfortsatz angelagert ein ungefähr haselnussgrosser, allseitig von Bindegewebe abgekapselter alter Abscess, in dessen Centrum noch spärlicher, gelber, eingedickter Eiter enthalten war, während derselbe seinem grössten Antheile nach schon resorbirt war. Nirgends liess sich mehr eine Communication der Abscesshöhle nach aussen hin oder mit dem Lumen des processus vermiformis nachweisen.

Von der Perforationsstelle ging diffuse Peritonitis aus, die Serosa war überall injicirt, matt, spärliche fibrinöse Auflagerungen aufweisend, die Darmschlingen nur vereinzelt, in kurzer Ausdehnung und ganz locker verklebt, gelblich-eitriges Exsudat in geringer Quantität. Die Venen des Mesenteriolums des processus vermiformis erscheinen verdickt, nach ihrer Eröffnung findet sich in ihrer Lichtung Eiter; diese eitrige Venenentzündung erstreckt sich auch auf die Mesenterialvenen des Colons und weiterhin auf die Vena portae und die Leberäste. Ausserdem erwähne ich hier nochmals die bei der Obduction vorgefundene diphteritische Endometritis.

Damit war die Erklärung der bereits 2 Tage vor der Geburt aufgetretenen und bis zum 3. Wochenbettstage sich wiederholenden Schüttelfröste gegeben. Es hatte sich um eine zeitlich mit dem Einsetzen der Wehenthätigkeit ziemlich zusammenfallende Ruptur des erkrankten processus vermiformis und Austritt des eitrigen Inhaltes desselben in das Peritonealcavum

einerseits, um eine von diesem erkrankten Organe ausgehende und sich rasch weiterverbreitende eitrige Venenentzündung andererseits gehandelt.

Es entsteht nun die Frage, ob, und wenn ja, in welchem ursächlichem Zusammenhange die zeitlich ziemlich nahe zusammengerückten Momente des Beginnes der Wehenthätigkeit, der von der Hebamme vorgenommenen inneren Untersuchung, und der Ruptur des erkrankten Wurmfortsatzes stehen, und welcher Antheil an dem Zustandekommen der schliesslich resultirenden allgemeinen septischen Peritonitis ihnen zuzuschreiben ist.

Was die zeitliche Reihenfolge betrifft, so war dieselbe, wie erwähnt, folgende: Auftreten der wehenartigen Schmerzen, Untersuchung, Einsetzen der Schüttelfröste als Anzeichen der Perforationsperitonitis und eitrigen Phlebitis.

Bezüglich des ersten Faktors, des Wehenbeginnes, ist die Annahme, dass durch die Gebärmutterzusammenziehungen eine Ruptur des krankhaft veränderten Wurmfortsatzes, beziehungsweise eine Zerreissung der Wandungen eines abgekapselten perityphlitischen Abscesses, zu Stande kommen kann, sowohl durch die Erfahrung, als auch durch die gegebenen anatomischen Verhältnisse begründet. Schon Sonnenburg weist in seiner „Pathologie und Therapie der Perityphlitis“ auf die Gefahren hin, welche Verwachsungen des processus vermiformis mit dem weiblichen Geschlechtsapparate sowohl während der Schwangerschaft als auch besonders während des Geburtsaktes, der „eine Ueberdehnung, eventuell eine direkte Zerreissung des entzündeten Fortsatzes, die zur Gangrän führt,“ veranlassen kann, und zwar bedingt durch die mit der Ausstossung der Frucht einhergehende „Aenderung der Richtung des Zuges“, in sich schliessen. Er zitirt daselbst ein bei Frankfurter gefundenes derartiges Sektionsprotokoll: „Der processus vermiformis zieht als gangränöser Strang vom Coecum zum rechten ligamentum latum. Sein kolbiges Ende ist grau verfärbt und gangränös, wenn auch mit glatter (!) Serosa versehen. In demselben zeigt sich ringsumgeschlossen eine Perforation.“ Die betreffende Patientin war an Peritonitis diffusa gestorben. Seine diesbezüglichen Ansichten fasst Sonnenburg dahin zusammen, dass die Fälle überhaupt nicht selten sind, „in denen im unmittelbaren Anschluss an eine Geburt eine schwere Perityphlitis sich zeigt. Vermutlich handelt es sich dabei in der Regel um Reste einer vielleicht übersehenen, harmlos verlaufenen früheren Entzündung.“

Von den bei Sonnenburg noch weiter erwähnten hierhergehörigen Fällen konnte ich nur den Oppenheimer'schen finden, während der Fall Langheldt in der mir zugänglichen Literatur unauffindbar war. In ersterem handelte es sich um eine im siebenten Monate schwangere Person, die unter peritonitischen Erscheinungen (Fieber, Meteorismus, galliges Erbrechen) erkrankt war; dabei fehlte jedoch freies Exsudat. Drei Tage nach der ersten Untersuchung Entbindung. Das Fieber hält an; in der Tiefe des Leibes sind die geschwellten Mesenterialdrüsen zu fühlen, aber kein Exsudat in der fossa iliaca

dextra. Inzwischen Sekundärinfektion der Placentarstelle; jetzt fand sich auch in der rechten Seitengegend ein kindskopfgrosser Tumor, der als von der Niere ausgehend angesprochen wurde. Obductionsbefund: Abscess vom Wurmfortsatz ausgehend, der hinter dem Coecum perforirt war. Er stiess hinten an die Niere, war vorne vom Colon überlagert. Von da an hatte sich der Eiter zwischen den beiden Mesenterialplatten einen Weg gebahnt, und alle retroperitonealen Drüsen infizirt. In Milz und Leber metastatische Abscesse. Ferner gehört hierher der von Edward von Meyer beschriebene Fall von Appendicitis, die im sechsten Monate der Schwangerschaft auftrat, nach einigen Tagen abgelaufen schien, jedoch zur Bildung eines deutlichen Exsudates geführt hatte, das allerdings bald eine Abnahme konstatiren liess. Nach 14 Tagen jedoch wurde, vermutlich durch das Wachsen des Uterus, eine neue Attaque ausgelöst, zu gleicher Zeit setzten Wehen ein, und nach einigen Stunden erfolgte die Ausstossung der Frucht; durch die plötzliche Entleerung des Uterus war es jedoch zu einer rapid zum Tode führenden Perforativperitonitis gekommen.

Von zwei Fällen von Complication von Schwangerschaft und Appendicitis liegt mir nur das Referat von Frommel, Jahresbericht 1895 vor. Dieselben sind im Am. journal of obst. Vol. 31 p. 181 von Mc. Arthur beschrieben und betreffen einmal eine 31-jährige Mehrgebärende, die im fünften Monate der Gravidität unter den Erscheinungen der Perityphlitis schwer erkrankte. Coeliotomie, Eröffnung des Abscesses, in welchem der Wurmfortsatz frei lag. Derselbe gangränös. Ligirung, Abtragung, Drainage der Abscesshöhle mit Jodoformgaze. Tod am zweiten Tage post operationem, nachdem Tags zuvor ein toter Foetus ausgestossen worden war. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 34jährige Drittgebärende im fünften Schwangerschaftsmonate. Plötzliche Erkrankung vor drei Wochen. Tumor in der rechten regio iliaca. Incision entleert stinkenden Eiter. Proc. vermiformis fest mit den Därmen verwachsen, deswegen nicht entfernt. Nachdem Abort eingetreten, allgemeine Peritonitis, Tod.

Fowler erwähnt in seiner Veröffentlichung: „Ueber Appendicitis“ (deutsche Uebersetzung von A. Landerer) vier Fälle von Complication von Appendicitis mit Gravidität, in sämmtlichen vier Fällen trat Sepsis mit letalem Ausgange, in sämmtlichen Abortus, und zwar in zwei Fällen vor, in zwei nach der Operation, ein.

Einen Fall von Appendicitis im Wochenbette, wo der Anfall 10 Tage nach der Geburt sich einstellte, schaltet der Verfasser als nicht hierhergehörig selbst aus, da kein ätiologischer Zusammenhang zwischen dem Gebärakt und der Appendicitis nachweisbar war. Nach Fowler's Erfahrung „verursacht Appendicitis, die während der Schwangerschaft eintritt, unfehlbar Abort mit tödlichem Ausgange, während die Erkrankung nach der Entbindung nicht so gefahrdrohend zu sein scheint“. Krönig führt in seiner Bacteriologie des weiblichen Genitalcanales in dem Kapitel, in welchem er „die klinischen Erscheinungen und histologischen Befunde bei

nachgewiesenem Keimgehalt der Fruchthöhle" bespricht, folgenden ausführlich wiedergegebenen Fall an:

34jährige Frau, seit fünf Jahren verheiratet; im Anschluss an eine 1892 erfolgte Frühgeburt, wobei die Placenta manuell gelöst wurde, schweres Puerperalfiber, an das sich eine langsame Rekonvalescenz anreihte. Jetzt Aufhören der Menses seit sechs Monaten, vor vier Tagen plötzliche Erkrankung unter peritonitischen Erscheinungen. Die Untersuchung ergab Schwangerschaft im achten Monate, Frucht lebend, Abdomen trommelförmig aufgetrieben, Druckschmerzhaftigkeit, Meteorismus besonders in den oberen Partien des Leibes, in den unteren Partien leerer Schall; Zunge trocken, zeitweilig Aufstossen und Erbrechen. Steigerung der peritonitischen Erscheinungen während der folgenden Tage, Laparotomie, Schnitt nach aussen von dem rechten Rectus abdominis. „Bei der Eröffnung des Bauchfelles entleert sich ca. $1^1/_2$ Liter übelriechender, fauliger Flüssigkeit. Die Abscesshöhle lag intraperitoneal und wurde gebildet nach hinten zu von der vorderen Wand der schwangeren Gebärmutter, nach oben zu von verklebten Darmschlingen, rechts vom Coecum. Der processus vermiformis wurde nicht gefunden. Die allseitig von der freien Bauchhöhle abgeschlossene Abscesshöhle wurde mit Jodoformgaze nach aussen tamponirt." Nach der Eiterentleerung vorübergehende Besserung. Nach fünf Tagen Einsetzen von Wehen, 12 Stunden nachher Blasensprung, eine Stunde darnach Ausstossung eines frischtoten Kindes. Nach der Geburt rapide Verschlechterung des Zustandes der Frau. Exitus am dritten Tage post partum unter den Erscheinungen der Allgemeinperitonitis. Obductionsdiagnose 12 Stunden post mortem lautete: Allgemeine Perforativperitonitis, ausgehend von einem perforirten ulcus des proc. vermiformis. Im Uterussekrete bacterium coli.

Michie hat unter 6 Fällen von Eiterung innerhalb des Beckens bei Schwangerschaft einen von Appendicitis beschrieben. Es handelte sich um eine im 4. Monat Schwangere, die plötzlich an Schmerzen in der Gegend des Coecums, Schwellung daselbst und Fieber erkrankt war. Nach einiger Zeit war im rechten hinteren Viertel des Beckens Fluktuation nachweisbar. Die Coeliotomie ergab Perforation des Wurmfortsatzes und Abcessbildung in seiner Umgebung. Genesung nach 3 Wochen. Spontane Geburt am richtigen Termine. Ungestörter Wochenbettsverlauf.

Hirst operirte einen Fall von Perityphlitis bei bestehender Gravidität mit glücklichem Erfolge. Ob Unterbrechung der Schwangerschaft eingetreten, ist aus dem Referate nicht ersichtlich.

Weit entfernt davon, aus diesem spärlichen Material Schlüsse, die Anspruch auf Allgemeingiltigkeit erheben sollen, zu ziehen, möchte ich nur auf einige in sämmtlichen oder der grössten Zahl der angeführten Fälle übereinstimmend hervortretende Erscheinungen, respektive auf einige aus den einzelnen Krankheitsbildern sich ergebende Verschiedenheiten hinweisen.

Was zunächst den pathologisch-anatomischen Befund betrifft, so handelt es sich in allen Fällen offenkundig um eine Perforation des erkrankten processus vermiformis, der in einem Falle gangränös war; in fünf Fällen war es zur Bildung eines abgegrenzten Abscesses gekommen, unter denen ein — entsprechend der Perforationsstelle — retroperitoneal gelagerter war. Im Falle Frankfurter war es nicht zur Abscessbildung gekommen, und in meinem Falle stand der alte, völlig abgekapselte, beinahe vollständig resorbirte Abscess in keiner nachweisbaren Beziehung zu der Allgemeinperitonitis, es bestand nur eine Communication zwischen dem Lumen des processus vermiformis und der Bauchhöhle durch die frische Perforationsöffnung in den Wurmfortsatzwandungen. Von einer Verwachsung des processus vermiformis mit dem Genitale ist nur die Rede in dem Frankfurter'schen Falle; in meinem, sowie in dem zuerst erwähnten Falle von Arthur war der Wurmfortsatz nachgewiesenermassen keinerlei Verwachsung eingegangen, im zweiten Arthur'schen Falle bestand Verwachsung mit dem Darme, in den übrigen Fällen wird davon nichts erwähnt. Zeichen oder Angaben einer bereits früher bestandenen, in der Gravidität, respektive während des Geburtsaktes recidivirenden Perityphlitis finden sich nur in meinem Falle, wo der erwähnte abgekapselte, alte Abscess als Residuum einer früher abgelaufenen Perityphlitis gedeutet werden musste, und im Fall von Mayer, von welchem jedoch kein Obductionsbefund vorliegt.

In sämmtlichen Fällen, bis auf den Michie's, wo frühzeitig operirt wurde, trat Abortus oder Frühgeburt ein, und zwar zweimal im 5., zweimal im 7., zweimal im 8. beziehungsweise 9. Monate; über die Zeit des Abortus der 4 Fowler'schen Fälle wird nichts angegeben, nur bei Michie verlief die Schwangerschaft ungestört. Wie erwähnt ist aus dem Referate über den Hirst'schen Falle nichts über den Schwangerschaftsverlauf ersichtlich.

In sämmtlichen Fällen mit Ausnahme des meinen finden wir überall zuerst Auftreten der perityphlitischen Erscheinungen, im weiteren Verlaufe, mit Ausnahme des von Michie operirten Falles, Ausstossung der Frucht; nur unsere Patientin giebt an, dass sie zuerst „wehenartige Schmerzen" gefühlt, eine Angabe, die jedoch mit Vorsicht aufzunehmen ist, da ja auch die Deutung, dass sie die durch die Perityphlitis hervorgerufenen Schmerzen mit Wehenschmerzen verwechselt habe, nicht von der Hand zu weisen ist. Hier muss jedoch auch noch berücksichtigt werden, dass in 5 Fällen (2 von Fowler und 2 von Arthur und im Falle von Krönig) dem Abortus ein operativer Eingriff vorausgegangen war.

Was schliesslich den Ausgang betrifft, so haben wir in elf von dreizehn Fällen einen letalen Ausgang zu verzeichnen, und zwar findet sich 5mal diffuse septische Peritonitis, 4mal Sepsis ohne genauere Erwähnung der Betheiligung des Peritoneums, 1mal Pyaemie mit Metastasenbildung angegeben, in einem

Falle von Arthur ist im Referate die schliessliche Todesursache nicht erwähnt, doch scheint auch hier zweifelsohne septische Peritonitis vorzuliegen.

Mit grausamer Deutlichkeit sprechen diese hier zusammengestellten Fälle dafür, dass die von Fowler aufgestellte ungünstige Prognose bei den im Verlauf der Schwangerschaft eintretenden Appendixerkrankungen fast stets zutrifft.

Ein Hauptgrund der Gefährlichkeit dieser Combination liegt wohl zweifelsohne in den gegebenen anatomischen Verhältnissen. Ich habe hier die normalen anatomischen Lagebeziehungen im Auge, wie sie zu Beginn einer Appendicitis noch bestehen, und sehe vorläufig ab von den bei fortgeschrittener Wurmfortsatzerkrankung eingetretenen pathologischen Veränderungen, Verlagerungen, Verwachsungen mit dem Genitale, wie sie sich ja so häufig finden, von den Abscesswandungen bildenden Adhäsionen etc.

Dass bei fortschreitendem Wachstum des schwangeren Uterus der processus vermiformis in seiner Lage beeinflusst werden kann, ist bekannt. Es ist klar, dass ein im Wurmfortsatz sich lokalisirender entzündlicher Prozess dadurch ungünstig beeinflusst wird, indem das erkrankte Organ vielleicht in eine für seine Ernährungsverhältnisse ungünstigere Lage gebracht, geknickt werden kann und nicht ruhig gestellt wird. Auf einen Punkt möchte ich hier speziell verweisen, auf den uns die Entwickelungsgeschichte hinführt.

In seiner Arbeit: „Ueber die Entstehung und Entwickelung der Bänder des weiblichen Geschlechtsapparates“ führt Wieger den Nachweis, dass das ligamentum suspensorium oder infundibulo-pelvicum, das lig. ovarii proprium und das lig. rotundum entwickelungsgeschichtlich einen einheitlichen, zusammenhängenden Strang darstellen.

Clado beschreibt eine beim Aufheben des Wurmfortsatzes sichtbar werdende Falte des Peritoneums, die vom Mesenteriolum ausgehend, sich in den oberen Rand des ligamentum latum zueinem oberen Bogen fortsetzt. Nach Durand entspringt dieses ligamentum Clado, das er beiderseits fand, oder auch lig. appendiculo-ovaricum genannt, je nach dem wechselnden Verlaufe des Wurmfortsatzes 1) aus dem mesenterium processus vermiformis, 2) aus dem Theil des Peritoneums, der das unterste Ileum einhüllt, 3) ausnahmsweise unter der Anschwellung des Coecum. Wenn auch Martin, aus dessen Abhandlung: „Ueber Lage und Bandapparat des Eierstockes“ ich die vorausgehenden Literaturdaten entnommen habe, bei einem der von ihm untersuchten Cadaver „im oberen Abschnitte des ligamentum suspensorium ein ligamentum appendiculo-ovaricum nicht erkennen konnte, so sah er doch „unverkennbare Falten des Peritoneums hier nach dem processus vermiformis hinziehen, wie beim stärkeren Anziehen der Tube und des Ovariums nach unten bemerkbar wird. An zwei anderen Cadavern, dem eines neugeborenen Mädchens und eines 7monatlichen Foetus sah er das lig. appendiculo-ovaricum als

deutlichen Bandzug im ersten Falle, wie aus der Zeichnung ersichtlich vom Mescolon nahe dem processus vermiformis, im zweiten Falle vom Mesenteriolum aus abwärts ziehen.

Findet sich auch beim erwachsenen Weibe kein derartiger Bandzug, wie beim Nengeborenen und in früheren Entwickelungsstadien, so werden doch die beim Anziehen der Adnexe nach abwärts, also bei Spannung, deutlich zu Tage tretenden, zum processus vermiformis verlaufenden Peritonealfalten auch in dem Falle sich anspannen, wenn der Uterus über eine bestimmte Grösse hinausgewachsen, gewissermassen das disponible Peritoneum an sich heranzieht, entfaltet, und dadurch wird nun ein stetes Ziehen am processus vermiformis, gleichgiltig in welcher Richtung, veranlasst. Dass aber, das Vorhandensein eines auf die von mir angedeutete Weise zustande kommenden Zuges vorausgesetzt, diese beständige Zerrung eines entzündlich erkrankten Organes entzündungsbefördernd wirken kann, liegt auf der Hand.

Auf die gerade zur Zeit der Schwangerschaft auftretenden, durch die von sehr vielen Frauen während dieser Zeit geführte unvernünftige Lebensweise noch gesteigerten Verdauungsstörungen, die ihrerseits wieder auf die Entzündung zurückwirken, brauche ich wohl nicht hinzuweisen.

Eine Appendicitis, die unter anderen Verhältnissen vielleicht spontan zum Stillstand gekommen wäre, wird unter diesen Umständen immer mehr an Intensität zunehmen, die Wandungen des processus vermiformis leiden dadurch immer mehr in ihrer Resistenz, die Gefahr der Perforation und Abscedirung rückt dadurch immer näher, um so mehr, als ja noch fortwährend an dem in seiner Widerstandsfähigkeit herabgesetztem Organe ein Zug ausgeübt wird.

So könnte man sich vielleicht die ungünstigeren Chancen, die eine während der Gravidität einsetzende Appendicitis in Bezug auf den Verlauf bietet, erklären.

Tritt bei einer Frau, die bereits eine Appendicitis überstanden hat, Schwangerschaft ein, so erscheint mit Berücksichtigung der oben angeführten, eine frische Appendicitis steigernden Momente, die Gefahr eines Recidives eher vorhanden, als ausserhalb der Zeit der Schwangerschaft.

Schon bei einer Appendicitis simplex, die vielleicht garnicht weiter beachtet wurde, bei einem einfachen Empyem des Wurmfortsatzes, bei dem es nicht zur Perforation, nicht zur Verlöthung des Organes mit den Nachbarorganen gekommen ist, ist in der pathologischen Wandveränderung eine Prädisposition zur Perforation im Falle eines Recidives geschaffen, um so mehr, wenn sich unter den die Wiedererkrankung auslösenden ätiologischen Momenten ständige Zerrung des entzündeten Organes vorfindet. In jenen Fällen aber, in denen es sich um bereits vorhandene Verwachsungen des proc. vermiformis mit dem Genitale, um nicht verödete abgesackte perityphlitische Abscess- respektive Adhäsionsbildungen handelt, wird Perforation um so leichter eintreten.

Das Wachstum des Uterus kann aber erst von dem Zeitpunkt an, wo derselbe eine gewisse Grösse erreicht, seine mechanische Einwirkung auf den entzündeten processus vermiformis geltend machen; in jenem Falle, wo schon von vornherein Verwachsungen des processus vermiformis mit dem Genitale bestanden hatten, wird dies früher der Fall sein, als bei freiem processus vermiformis.

(Dass sich hier keine feste Zeitgrenze ziehen lässt, ergiebt sich von selbst schon allein aus der so sehr wechselnden Lage des processus vermiformis.)

Aus den wenigen hier angeführten Fällen lässt sich diesbezüglich nichts folgern, wir sehen den tödtlichen Ausgang bei Combination von Appendicitis und Gravidität im fünften Monate, im sechsten, im siebenten Monate und nahe dem Ende der Schwangerschaft. In zwei Fällen aber, bei frühzeitig ausgeführter Operation, wo dem Eiter freier Abfluss nach aussen geschaffen wurde, finden wir Heilung und weiteren ungestörten Schwangerschaftsverlauf.

Wie nun die Schwangerschaft einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Appendicitis auszuüben scheint, so findet auch umgekehrt eine Einwirkung statt.

In allen Fällen mit Ausnahme jener, wo frühzeitig operirt wurde, trat Unterbrechung der Schwangerschaft vor ihrem normalen Ende, also Abort beziehungsweise Frühgeburt, ein.

Nicht uninteressant wäre es, an der Hand eines genügend grossen Materiales festzustellen, in welchem und durch welches Stadium der Appendicitis die Unterbrechung der Schwangerschaft herbeigeführt wird. Aus der geringen Anzahl der hier berücksichtigten Fälle lässt sich diesbezüglich nur weniges entnehmen, um so mehr als die vier von Fowler erwähnten Fälle, der Fall Hirst und das Frankfurter'sche Sectionsprotocoll keine näheren Angaben über Beginn und Verlauf der Appendicitis und über das zeitliche Verhältniss derselben zum Eintreten des Abortus enthalten.

In fünf von den sieben noch in Betracht kommenden Fällen war eine längere Zeit vor dem Eintreten des Abortus einsetzende Perityphlitis konstatirt worden; in einem derselben (v. Mayer) trat ein 14 tägiger Stillstand des Prozesses ein; im vierten Falle (Oppenheimer) waren peritonitische Erscheinungen drei Tage vor der Ausstossung der Frucht konstatirt worden, ohne dass allerdings die Diagnose Appendicitis gestellt werden konnte; in unserem Falle schliesslich werden zuerst wehenartige Schmerzen angegeben, in deren Verlauf schon nach wenigen Stunden sich ein Schüttelfrost einstellte.

In sechs Fällen sehen wir also peritoneale Reizerscheinungen dem Geburtsakte vorausgehen, nur in meinem verhält es sich umgekehrt; ich habe schon oben darauf hingewiesen, dass die Aeusserung der Patientin, sie habe zuerst wehenartige Schmerzen gefühlt, mit Vorsicht aufzunehmen sei, indem ja möglicherweise

eine Verwechslung der durch die Perityphlitis ausgelössten Schmerzen mit den Wehen vorliegen konnte.

Zur Bildung von umschriebenen Abscessen war es in fünf Fällen gekommen, an die sich jedoch rasch in drei Fällen Allgemeinperitonitis anschloss und zwar macht sich hier ausnahmslos ein zeitliches Zusammenfallen mit dem Einsetzen der Geburtsthätigkeit bemerkbar. Im ersten Falle Arthur, wo es sich, obwohl dies nicht ausdrücklich erwähnt ist, doch zweifelsohne um Peritonitis diffusa als Todesursache gehandelt, tritt Tod einen Tag nach der Fehlgeburt ein, im zweiten Falle ist leider keine genaue Zeitangabe vorhanden, doch heisst es auch hier: „nachdem Abort eingetreten, allgemeine Peritonitis." Interessant ist der hierher gehörige Fall von Mayer insofern, als hier nach Bildung eines Exsudates ein allerdings nur durch 14 Tage anhaltender Stillstand, ja sogar Rückgang des Prozesses beobachtet wurde, an den sich dann ein Rückfall anschloss; mit ihm gleichzeitig traten Wehen auf und Patientin ging an einer rapid verlaufenden Allgemeinperitonitis zu Grunde.

Im Falle Oppenheimer fehlen genauere Zeitangaben.

In meinem Falle vergingen vom Zeitpunkte der Wehenthätigkeit bis zu dem an Peritonitis diffusa erfolgten Tode dreizehn Tage.

Bei Krönig sehen wir die Patientin drei Tage nach der Geburt an Allgemeinperitonitis zu Grunde gehen, im Falle von Michie trat Ausheilung ein.

Das Bild des ganzen Krankheitsverlaufes wäre demnach also zusammenzufassen:

Sowohl eine während einer Schwangerschaft frisch einsetzende, als auch eine vor derselben abgelaufene, jedoch nicht völlig ausgeheilte Appendicitis wird zunächst schon durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflusst, so dass es nicht zum Stillstande des Prozesses auf einer frühen, beziehentlich Beharren auf der bereits erreichten Entwickelungsstufe kommt, sondern unter Steigerung der Entzündung schliesslich Perforation des Wurmfortsatzes, beziehungsweise eines abgesackten perityphlitischen Abscesses eintritt.

Die Abkapselung des aus der Perforationsöffnung in die Bauchhöhle entleerten Darminhaltes oder Eiters durch Adhäsionsbildungen d. h. also das Zustandekommen einer umschriebenen Bauchfellentzündung erscheint dadurch erschwert zu werden, dass die entzündliche Reizung des Peritoneums Wehenthätigkeit auslöst, wobei durch die stattfindenden Gebärmutterzusammenziehungen bereits eingegangene Verklebungen wieder zerrissen werden und das Infectionsmaterial in der Bauchhöhle verbreitet wird; in der blutreichen Serosa des Geschlechtsapparates finden die Infectionsträger jedenfalls einen günstigen Nährboden.

Für den Fall, dass es nicht zur Wehenthätigkeit und somit zur Bildung einer umschriebenen Bauchfellentzündung kommt,

tritt doch im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft, falls nicht rechtzeitig operativ eingegriffen wird, in der eben angegebenen Weise Allgemeinperitonitis ein (s. Fall v. Mayer).

Es kann zweitens eine vor Beginn der Schwangerschaft abgelaufene, jedoch nicht ausgeheilte Appendicitis während der ganzen Dauer oder bis nahe an das normale Ende der Schwangerschaft recidivlos getragen werden, und erst durch die Wehenthätigkeit die Zerreissung des processus vermiformis oder eines alten regionären Abscesses mit nachfolgender Allgemeinperitonitis herbeigeführt werden.

Die Perforationsöffnung kann sowohl intra- als retroperitoneal entstehen, im letzteren Falle (Oppenheimer) sehen wir Pyämie als Todesursache. Hat Perforation stattgefunden, so führt die peritoneale Reizung frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft herbei, falls nicht alsbald dem Eiter Abfluss nach aussen geschaffen wird.

Vor kurzem gelangte noch ein weiterer Fall von Combination von Schwangerschaft und Abscess in der nächsten Nähe des Uterus an unserer Klinik zur Beobachtung, dessen Krankengeschichte folgendes ergiebt.

Pat. R. V., 22 Jahre alt, ledig, II para; keine erbliche Belastung nachweisbar; die Menstruation trat das erste Mal im 13. Lebensjahre auf, war bis zum 16. Lebensjahre, wo Patientin angeblich an Bleichsucht erkrankte, regelmässig 4 wöchentlich, von 8 tägiger Dauer, mittelstark. Zu der Zeit setzten dieselben 2 Monate aus, um dann wieder regelmässig aufzutreten. Zur Zeit der Menses Bauch- und Kreuzschmerzen; zugleich will Pat. 2—3 Tage vor Eintritt der Blutung beginnend und dieselbe um 2 Tage überdauernd ein Aufgetriebensein des Bauches gemerkt haben. Als Kind machte Patientin mit 12 Jahren die Masern durch. Im übrigen will dieselbe ungefähr von ihrem 10. Lebensjahre ab magenleidend gewesen sein. Die von ihr angegebenen Krankheitserscheinungen sind Druckgefühl in der Magengegend, das sich gewöhnlich nach dem Essen bis zur Schmerzempfindung steigerte, die als „Krampf" bezeichnet wird, und ca. 15—20 Minuten anhielt; Pat. hatte dabei das Gefühl, als würde ihr der Magen zusammengepresst und herumgedreht. Nach jedem derartigen Anfall befand sich die Patientin wieder wohl, hatte guten Appetit, wie sie überhaupt nie an Appetitlosigkeit litt.

Im 14. Jahre spuckte Patientin während eines Zeitraumes von 14 Tagen wiederholt kleinere Blutmengen in Form von schwarzen Bröckelchen aus. Grössere Blutmengen wurden nie erbrochen; dieses Blutspucken hörte spontan auf, ohne dass die Diät irgendwie geändert oder irgendwelche Therapie eingeleitet worden wäre.

Vom 16. Jahre an gesellte sich zu den erwähnten Magenbeschwerden noch häufiges Erbrechen nach Speisengenuss, speziell vertrug Patientin des Morgens absolut keinen Kaffee. Patientin unterzog sich einer Milchkur, das Erbrechen hielt noch durch ca. 14 Tage an, um dann aufzuhören; der Zeitpunkt des Aufhörens des Erbrechens fällt jedoch auch zusammen mit dem Beginne von Schwangerschaft; letzte Menses 17. II. 96; Pat. giebt an, dass sie ca. 3 Wochen vor dem Ausbleiben der Menstruation gelblich-eitrigen Ausfluss bemerkt, sowie häufigen Harndrang verspürt habe. Im März dieses Jahres trat nun in der rechten Bauchseite ein Gefühl von Schwere und Druck auf, das sich jedoch nur während des Gehens oder längeren Stehens bemerkbar machte; mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft steigerten sich die Schmerzen; am 1. Mai ging Patientin längere Zeit, fühlte darauf die Schmerzen im stärkerem Masse, bis am 4. Mai, wo sie sich körperlich anstrengte, eine allmählich an Stärke zunehmende Blutung auftrat, die bis zum 12. Mai

anhielt; in diesem Zeitraum wurden die Schmerzen ständig, auch während der Ruhe gespürt; am 12. 5. wurde, nachdem die Diagnose Abortus incompletus gestellt worden war, Ausräumung mit nachfolgender heisser intrauteriner Irrigation gemacht; Wochenbettsverlauf fieberlos, nur wurden die erwähnten Schmerzen fort verspürt, und steigerten sich, wenn Patientin sich aufsetzte; 10 Tage nach der Ausräumung trat eine starke Blutung auf, die 3 Wochen lang dauerte, 4 Wochen später erste regelmässige Menses, die nun bis September 96 sich regelmässig verhielten; zur Zeit der Menses will Patientin die rechtsseitigen Schmerzen stets stärker gefühlt haben.

Im Juni 1896 bemerkte Patientin in der rechten Unterbauchgegend eine zuerst nussgrosse, allmählich anwachsende Geschwulst, die bis zum December d. J. Orangengrösse erreicht hatte. Patientin will bei Bewegungen Lageveränderungen der Geschwulst gefühlt haben. Sie begab sich behufs Behandlung auf die Klinik, wo auf Grund der äusseren und inneren Untersuchung die Diagnose: „Exsudat in der regio-iliaca-dextra, ausgehend von einer Entzündung des Wurmfortsatzes, Endometritis auf gonorrhoischer Grundlage gestellt wurde. Inzwischen, vom September d. J. an, war wieder Schwangerschaft eingetreten — letzte Menses vom 27. August bis 4. September. — Während der vier ersten Schwangerschaftsmonate bestand nach jeder Mahlzeit Erbrechen; zur Zeit, wo die Menses fällig gewesen wären, beobachtete die Kranke jedesmal in der Dauer von 2—3 Tagen die Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend in gesteigertem Maasse; weiters will sie jeden Nachmittag Temperaturerhöhungen bemerkt haben, die bis zum Abend in der Weise zunahmen, dass sie „im Gesicht und Kopf Hitze verspürte, während es sie im übrigen Körper beutelte"; alle diese Erscheinungen verschwanden mit einem Schlage, als Ende Dezember, unmittelbar nach einem halbstündigen Sitzbade reichliche Eiterentleerung aus der Scheide und nicht aus der Harnröhre, wie Pat. ausdrücklich angiebt, eintrat. Sie will unmittelbar vorher deutlich das Gefühl gehabt haben, als ob am Orte des Tumors etwas geplatzt wäre. Die Eiterentleerung dauerte drei Tage, vom zweiten Tage derselben an konnte Patientin den Tumor überhaupt nicht mehr fühlen. Die übrige Zeit der Schwangerschaft bis zum heutigen Tage verlief normal, zu bemerken ist nur noch, dass, während Patientin früher stets an Verstopfung gelitten hatte, von dem oben erwähnten Zeitpunkte an täglich regelmässige Stuhlentleerung stattfindet.

Der Status praesens ergiebt: Kleine kräftig gebaute, gut genährte Person. Brüste prall, parenchymreich, kolostrumhaltig; Abdomen kugelig vorgewölbt, daselbst zahlreiche Schwangerschaftsstreifen und -narben. Untere Brust- und obere Bauchhälfte bedeckt mit braunen vielfach konfluirenden Pigmentinseln. Der Fundus uteri steht drei Querfinger unter dem Schwertfortsatz, grössere Resistenz findet sich in der linken Bauchhälfte, daselbst unterhalb des Nabels und mehr nach hinten zu die kindlichen Herztöne; kleine Kindestheile sind rechts zu fühlen; über dem Beckeneingange steht der bewegliche Schädel, im Fundus uteri ist der Steiss zu tasten. Nirgends findet sich eine Geschwulst oder Resistenz oder geschwellte Lymphdrüsen. Die äusseren Beckenmaasse betragen Sp. 26, Cr. 28, Tr. 32, D. B. 18,5. Das äussere Genitale ist normal, der Hymen deflorirt, die Scheide kurz, glattwandig, die aufgelockerte Portio ragt als kurzer Zapfen in die Vagina hinein und ist nach hinten gerichtet, der äussere Muttermund ist geringgradig lacerirt, bequem für einen Querfinger durchgängig, der Cervicalcanal ist 1,5 cm lang, der innere Muttermund für einen Finger permeabel, die Blase steht, der Schädel mit querverlaufender Pfeilnaht und links stehender kleiner fontanelle befindet sich beweglich über dem Beckeneingang. Das Becken bietet normale Verhältnisse, Conjugata diag. 12,5; das paravaginale und das parametrane Bindegewebe weist in dem dem touchirenden Finger zugänglichen Gebiete keine Resistenz oder erhöhte Druckschmerzhaftigkeit auf.

Den 11. VI. erfolgte die Spontangeburt einer 2700 g schweren, 48 cm langen männlichen Frucht in Schädellage. Die vier Stunden nach der Geburt vorgenommene äussere Untersuchung ergab den Fundus uteri in Nabelhöhe stehend, in beiden Regiones hypogastricae keine Geschwulst oder deutlich ausgesprochene Resistenz zu finden, wohl aber besteht rechterseits

Druckempfindlichkeit auch bei leichterer Berührung. Temperatur 37,2. Der Wochenbettsverlauf war ein völlig fieberloser. Die Schmerzhaftigkeit in der rechten Regio iliaca war vom fünften Tage an gänzlich geschwunden.

Patientin, die vor Eintritt ihrer ersten Gravidität Schwangerschaft Gonorrhoe erworben hatte, erkrankte im Schwangerschaftsverlaufe unter Erscheinungen, die sich nur auf einen entzündlichen Prozess in der rechten Regio iliaca beziehen lassen. Im dritten Monat abortirte Patientin. Die Fehlgeburt dürfte wohl mit der gonorrhoischen Erkrankung in Zusammenhang zu bringen sein. Nach derselben litt Patientin an quälendem Harndrang und lästigem Ausfluss von gelblich-eitrigem Sekret aus der Vagina; ausserdem verschwanden die Beschwerden in der rechten Unterbauchgegend nicht, ja zu ihnen gesellte sich noch die von der Patientin selbst gemachte Wahrnehmung eines allmählich anwachsenden Tumors daselbst. Patientin liess sich nun behandeln und es wurde Endometritis diagnostizirt, die sich durch den bakteriellen Befund als gonorrhoisch erwies. Die beiderseitigen Adnexe, wie die Parametrien waren normal, dagegen liess sich in der Gegend des Coecums ein kleinfaustgrosses Exsudat, offenbar ausgehend von dem erkrankten Wurmfortsatz nachweisen. Während Patientin in ambulatorischer Behandlung stand, war sie abermals Schwanger geworden, und mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft trat sowohl Steigerung der Beschwerden wie weiteres Wachsthum des Tumors auf; Patientin begann zu fiebern, ein Hinweis auf die eitrig-entzündliche Natur des Tumors. Im vierten Schwangerschaftsmonate erfolgt plötzlich reichlicher Eiterausfluss aus der Scheide der Tumor, die Beschwerden, das Fieber verschwanden, die Schwangerschaft verlief ungestört bis an ihr normales Ende.

Hier sehen wir also einen günstigen Ausgang der einschlägigen Krankheit. Wohl war die erste Schwangerschaft durch Abort beendet worden, der seine Ursache möglicherweise in der gonorrhoischen Erkrankung des Endometriums gehabt haben dürfte; die entzündliche Erkrankung des Wurmfortsatzes scheint noch nicht sehr vorgeschritten gewesen zu sein, so dass es noch nicht zur Perforation, zur Abscessbildung gekommen war, und die Gravidität und die Ausstossung der Frucht unter relativ günstigen Umständen für die Mutter verlief.

Die Appendicitis kam nicht zum Stillstand, es bildete sich ein perityphlitischer Abscess. Am Ende des vierten beziehungsweise Anfang des fünften Monates der inzwischen eingetretenen zweiten Schwangerschaft trat auch hier wieder Berstung des Abscesses ein, offenbar bedingt durch den Druck des wachsenden Uterus; allein in Folge ganz besonders günstiger Umstände, die wohl in erster Linie anatomischer Natur sein dürften, erfolgte hier der Durchbruch nicht in das Peritoneum, sondern der Eiter entleerte sich durch die Scheide; es trat nun, da ja keine entzündliche Reizung des Peritoneums durch Eiteraustritt erfolgte, keine Störung des Schwangerschaftsverlaufes und, wie die schliessliche Untersuchung bewies, Ausheilung des Abscesses ein.

Hier hat die Natur das bewirkt, was in den Fällen von Michie und Hirst die frühzeitige Operation geleistet hatte, nämlich Eiterentleerung nach aussen.

Es liegt nahe, in diesem Falle an eine retroperitoneale Lagerung des Abscesses zu denken, einmal wegen des Fehlens jeglicher peritonealen Reizungserscheinungen und wegen des Durchbruches in die Vagina.

Ich gehe nun über zur Besprechung des dritten Falles.

Pat. R. R., den 3. III. 96, 9 h V. M., aufgenommen auf das Kreisszimmer 23 Jahre alt, primipara. Die Anamnese erwähnt nichts über früher überstandene Erkrankungen. Eintritt der ersten Menses im 18. Lebensjahre, vierwöchentlicher Typus, regelmässig. Letzte Menses November 95. In den dem Eintritte in die Gebäranstalt vorhergehenden letzten vier Tagen traten heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend auf, Patientin begab sich zu einer Hebamme, die sie untersuchte. In der Nacht vom 2. auf den 3. des Monates wurden die Schmerzen heftiger und um ½4 h Morgens erfolgte die Ausstossung einer Frucht.

Der Befund beim Eintritt in die Gebäranstalt lautet: Mittelgrosse kräftige, mässig gut genährte Person. Gut entwickelte Brüste, Warzenhöfe nicht pigmentirt, aus den Brustwarzen kein Colostrum ausdrückbar. Abdomen normal; keine Schwangerschaftsstreifen oder -narben. Gebärmutter durch die Bauchdecken nicht zu tasten.

Die vaginale Untersuchung ergab: Gebärmutter kleinfaustgross. Aus dem äusseren Muttermunde ragt die Placenta mit ihrem grössten Antheile sowie Eihäute hervor. Die Nabelschnur liegt in der Scheide und ragt aus der Vulva heraus.

Der in der Scheide liegende Theil der Placenta wurde sammt den Eihäuten entfernt.

Die ersten drei Wochenbetttage verliefen normal. Am vierten Tage N. M. Temperaturanstieg auf 38,4, Puls 106. Fünfter Tag: 39,3, Puls 104. Bei Genitalinspection sieht man aus dem orificium externum uteri sich reichlich Eiter entleeren; es wird eine heisse intrauterine Irrigation gemacht, und mit dem eingeführten Metallkatheter die Uterushöhle ausgetastet; dieselbe erweist sich als ziemlich weit, so dass der Katheter darin ausgiebige Excursionen machen kann; an der Wand nirgends Rauhigkeiten zu fühlen. Aus dem abgeimpften Eiter lassen sich Streptokokken züchten.

Den nächsten Tag Temperaturmaximum von 40,8, die Pulsfrequenz geht nicht über 110 hinaus. Auftreten von Schmerzen im linken Hypogastrium. Die Untersuchung ergiebt: Gebärmutter über ganseigross, anteflektirt, rechtes Parametrium frei, linkes Parametrium infiltrirt, schmerzhaft. Auf der gleichen Seite zieht ein daumendicker, sehr druckschmerzhafter Wulst bis hinter den Uterus, und überschreitet nach rechts etwas die Mittellinie.

Verabreichung von Sublimatausspülungen, Dunstumschlägen, unguentum cinereum.

Ausserdem lässt sich eine ausgedehnte Bronchitis, besonders hinten über dem rechten Lungenflügel diagnostiziren. Eitrig-schleimiges Sputum.

9. III. Morgendliche Remission auf 38,3, Puls 96. Diffuse Schmerzhaftigkeit im ganzen Abdomen. Abends steigt die Temperatur wieder auf 40, Pulsmaximum von 120.

10. III. Im Verlaufe des Tages Temperaturabfall von 39.9 auf 38, Puls sehr klein, schwer fühlbar, Morgens 130. Abends 100. Singultus tritt auf; mässig starker Meteorismus, beiderseits Flankendämpfung. Die Kranke sieht verfallen aus.

11. III. Fortwährendes Abfallen der Temperatur, während die Pulsfrequenz wächst. 4 h N. M. Puls 125, klein, ab und zu unregelmässig, Temperatur 36.4. Die Extremitäten fühlen sich feucht und kühl an. Schallwechsel in den Flanken bei Lageveränderung. Gegen die Peritonitis und Herzschwäche gerichtete Therapie: Eisbeutel, Wein, Cognac, Digitalis.

12. III. Die anfänglich niedrige Temperatur steigt im Verlaufe des Tages allmählich an, Puls klein, äusserst frequent 144. Zunahme des Meteorismus. Die Unterleibsschmerzen werden besonders in der Nabelgegend lokalisirt. Dämpfung in der rechten Flanke vergrössert. Verfallenes Aussehen, leichte Cyanose, Hautdecken allenthalben sich kühl anfühlend.

Ueber dem hinteren unteren Abschnitt der rechten Lunge relative Dämpfung, bei der Respiration Lederknarren. Beginnende Pleuritis.

13. III. Frühtemperatur von 38,6, Puls nicht fühlbar, Sensorium benommen, Augen halonirt, Extremitäten eiskalt. Beiderseitige Dämpfung hat noch zugenommen. 9½ M. Tod.

Die Obductionsdiagnose (Obducent Dr. Störk) lautete: „Peritonitis sero-purulenta diffusa ex abscessu ovarii sinistri et salpingitide chronica huius lateris. Uterus post abortum ante dies decem."

Die genauere Beschreibung der Baucheingeweide führt an: „Das linke Ovarium klein apfelgross, die linke Tube ziemlich beträchtlich verdickt. Beide Adnexe nach hinten übergefallen und im Douglas'schen Raum fixirt, welcher von einem abgesackten eitrigen Exsudate eingenommen wird. Die daselbst etablirten Verklebungen sind gegen die Bauchhöhle zu stellenweise gelöst. In der Bauchhöhle etwa 1—2 Liter dünnflüssigen Exsudates. Die Darmschlingen grösstentheils frisch miteinander verklebt. Das vergrösserte linke Ovarium wird fast ganz von einem Abscess eingenommen, welcher ziemlich dünnflüssigen Eiter enthält und mit einer etwa 1 mm dicken Abscesswand sich gegen das Ovarialgewebe abgrenzt. In derselben eine hanfkorngrosse, von gezackten Rändern begrenzte Oeffnung, die eine Communication des Ovarialabscesses mit dem Peritonealcavum vermittelt. Die linksseitige Tube, enthält ziemlich dickflüssigen, leicht röthlich gefärbten Eiter.

Der ganze Krankheitsverlauf, der remittirende Charakter des Fiebers bei Fehlen jeglichen Schüttelfrostes, die Frequenz, Kleinheit und schliessliche Irregularität des Pulses, der rasche Kräfteverfall, die peritonealen Reizerscheinungen setzen das typische Bild der puerperalen Sepsis, speziell das der septischen Peritonitis zusammen; nachdem Streptokokken in dem eitrigen Sekret des Uterus nachgewiesen waren, hatte man zuerst angenommen, dass die septische Peritonitis ihren Ausgangspunkt von einer septischen Endometritis genommen. Erst die am sechsten Tage vorgenommene innere Untersuchung ergab jedoch noch einen lokalen Krankheitsheerd im linken Parametrium und im Douglas'schen Raume, und zwar einerseits sowohl diffuse Infiltration, als auch einen wulstartigen Tumor.

Zweifelsohne liegt uns hier eine eitrig-entzündliche Adnex-erkrankung und Pelveo-Peritonitis vor, deren Beginn viel weiter zurückdatirt, als der Zeitpunkt der möglicherweise während oder nach der Fehlgeburt erfolgten Infektion. Die ziemlich beträchtliche Verdickung der Tubenwand, die Beschaffenheit des eingedickten Eiters in derselben, die Grösse des linken Ovarialabscesses, der fast den ganzen linken Eierstock einnimmt, die Fixation beider Adnexe im hinteren Douglas'schen Raume durch straffe Stränge, das Vorhandensein eines ursprünglich abgekapselten, eitrigen Exsudates, der Umstand, dass schon am sechsten Tage des Wochenbettes die Existenz des endzündlichen Adnextumors durch innere Untersuchung festgestellt worden war, lassen es als sicher erscheinen, dass es sich um einen älteren eitrigen Entzündungsprozess in der Nähe der Gebärmutter gehandelt habe.

Wenn somit an dem längeren Bestehen der Erkrankung der Adnexe und des Beckenperitoneums nicht gezweifelt werden kann, so ergeben sich einige Schwierigkeiten bei dem Versuche, die Natur dieses Prozesses festzustellen.

Die Anamnese sowohl als das anatomisch-pathologische Präparat weisen auf gonorrhoischen Ursprung hin; einerseits war Patientin Prostituirte, andererseits finden wir hier alle Einzelheiten der ascendirenden Gonorrhoe deutlich ausgesprochen, wie sie Wertheim in seiner: „Ascendirenden Gonorrhoe beim Weibe" be-

schreibt. Beinahe der ganz gleiche Befund wie in unserem Falle findet sich auch bei Menge in seiner „Bacteriologie des weiblichen Genitalcanales“ unter dem Abschnitt: „Ueber Bacterien im Ovarium und in der Peritonealhöhle der Nichtschwangeren“ angeführt. Er beschreibt daselbst zwei Fälle von beiderseitiger Pyosalpinx, einseitigem Ovarialabscess und völlig abgesacktem eitrigen Exsudat im Douglas, deren rein gonorrhoischer Ursprung durch die bacterielle Untersuchung unanfechtbar bewiesen ist. Obwohl also ziemlich vieles für die Annahme einer gonorrhoischen Adnexerkrankung und Pelveoperitonitis sprechen würde, können wir in unserem Falle diese Annahme auf derselben Grundlage nicht halten, einmal da der bacteriologische Befund Streptokokken in der Uterushöhle ergeben hatte, andererseits auch noch ganz abgesehen davon eine einheitliche Erklärung des ganzen Krankheitsprocesses auf dieser Basis nicht möglich wäre. Wollte man mit Rücksicht auf die überwiegende Häufigkeit der gonorrhoischen Adnexerkrankung sowie auf das für die gonorrhoische Aetiologie sprechende pathologisch-anatomische Bild am Gonococcus als Ursache der Adnexerkrankung und Pelveoperitonitis festhalten, so müsste man zum Auswege der Annahme einer Mischinfection von Streptokokken und Gonokokken greifen, wobei dann erstere die diffuse Peritonitis hervorgerufen hätten. Wenn ich sage Mischinfection, so habe ich hier ausschliesslich die „metastatische Mischinfection bei Gonorrhoe“, die Menge dahin definirt, dass es sich nur um kurz dauernde Symbiose zwischen dem Gonococcus und einem anderen pathogenen Microorganismus, der dann auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn vom gonorrhoischen Heerde fortgeführt wird, handelt, im Auge. Der ganze Process wäre dann so zu erklären, dass es unter dem Einflusse der Geburtsthätigkeit zur Zerreissung des gonorrhoischen Ovarialabscesses gekommen sei, weiter aber von aussen eine Infection mit Streptokokken, die die septische Peritonitis herbeigeführt, stattgefunden habe. Die Zerreissung des Ovarialabscesses wäre dann ein mehr nebensächliches Ereigniss, dem keine Schuld an der Peritonitis diffusa zuzuschreiben wäre, wie ja überhaupt das Zustandekommen einer diffusen Peritonitis durch den Gonococcus allein trotz des von Bröse publizirten Falles noch immer nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist.

Anders liegt die Sache, wenn wir von vornherein die Ursache der Adnexerkrankung im Streptococcus suchen. Trotzdem es eine Zeit lang so schien, als wollte der Gonococcus dem Streptococcus als Urheber von eitrigen Tubenerkrankungen gerade dieses Feld immer mehr und mehr streitig machen, obwohl zweifelsohne der Streptococcus bei seiner Wanderung in den menschlichen Körper vom Genitale aus, die Lymphbahnen des Uterus gegenüber den Tuben wesentlich bevorzugt, so liegt uns noch immer eine reichliche Zahl von Salpingitiden und Pyosalpinges, von Tuboovarialabscessen, von Ovarialabscessen (auch solchen nicht puerperalen Ursprunges) vor, deren sicherer Urheber der Streptococcus ist.

Machen wir so den Streptococcus für die Entstehung der Adnexerkrankung verantwortlich, so können wir in ihm auch ganz gut das ätiologische Moment der cirkumskripten Pelveoperitonitis erblicken, müssen aber dann wohl die Voraussetzung einer abgeschwächten Virulenz desselben machen.

Unter diesen Verhältnissen wäre dann der Fall dahin zu deuten, dass es bei bestehendem Pyosalpinx, Pyoovarium, Pelveoperitonitis, abgesacktem Exsudate, die alle auf Streptokokkeninvasion beruhten, zum Abort gekommen, dass die bei der Ausstossung der Frucht stattfindenden Gebärmutterzusammenziehungen eine Zerreissung des Ovarialabscesses und der das Exsudat abkapselnden Stränge herbeigeführt, wodurch Eiteraustritt in die freie Bauchhöhle erfolgte, der eine diffuse Peritonitis veranlasste.

Dass sich hier nicht die stürmischen Erscheinungen der Perforativperitonitis sofort geltend machten, darf in Anbetracht dessen, dass die Streptokokken durch ihren Aufenthalt in gestautem Eiter bekanntlich in ihrer Virulenz herabgesetzt werden (s. Bumm, Wertheim u. A.) und beim Uebertritt auf einen frischen Nährboden immerhin einige Zeit brauchen, um eine Steigerung ihrer Virulenz zu erfahren, nicht Wunder nehmen. Es wäre noch die Frage nach der Ursache der Fehlgeburt zu erörtern. Einerseits käme hier Endometritis bedingt durch Streptokokken in Betracht, obwohl eine derartige nicht puerperale Endometritis entschieden als seltenes Vorkommen angesehen werden muss.

Andererseits kann dieselbe jedoch auch dadurch in Gang gebracht worden sein, dass die stets wachsende und sich aufrichtende Gebärmutter durch fortwährende Zerrung an den Adhäsionen sowie den entzündlich erkrankten Adnexen und durch Verbreitung der Pelveoperitonitis die Fehlgeburt auslöste.

Auf das Eintreten von Schwangerschaft bei vorhandenen Adnexerkrankungen, worüber bereits einige Arbeiten vorliegen, näher einzugehen, liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit. Beachtung erfordert an dieser Stelle nur die Fraipont'sche Abhandlung über 12 Fälle von Schwangerschaft nach Salpingophoritis und Pelveoperitonitis. Der Verfasser spricht der konservativen Behandlungsmethode der Adnexerkrankungen das Wort.

In sämmtlichen Fällen war dem Eintreten der Schwangerschaft eine Monate lange, konservative Behandlung der Adnexerkrankungen und Pelveoperitonitiden vorausgegangen, die entweder Ausheilung oder beginnende Heilung, Besserung der krankhaften Zustände zu der Zeit, wo die Schwangerschaft auftrat, herbeigeführt hatte, so dass hier nicht mehr akute eitrige Prozess-Beckenabscesse u. s. w. vorlagen, sondern nur mehr die Residuen der entzündlichen Vorgänge, Verwachsungen, Bildung von perimetritischen Strängen u. s. w.

Unter solchen Verhältnissen wird die Schwangerschaft und Geburt günstig einwirken, wie dies Fraipont am Schlusse seiner Arbeit betont: „Le ramollissement normal des tissus utérins et

periutérins pendant la grossesse, l'ampliation progressive de la matrice et la distension des ligaments, amènent peu à peu la dechirure des adhérences, des brides, et des cicatrices pelviennes et ainsi disparaissent les derniers vestiges de l'affection primitive."

Hinzufügen möchte ich hier nur noch, dass vielleicht auch der mit der Schwangerschaft einhergehende Blutreichtum der Beckenorgane und des Beckenbauchfelles heilungsfördernd einwirken könnte.

Anders liegt die Sache bei Vorhandensein von Eitersäcken; die gleichen Gefahren, die die in diesen Fällen ausgeübte Massage in sich birgt, beschwört die wachsende Gebärmutter durch Druck und Zerrung herauf. Die Schwangerschaft wird wohl hier viel eher eine Verschlimmerung als eine Besserung des Zustandes herbeiführen, noch mehr der Geburtsakt.

Für die Richtigkeit dieser meiner Ansicht sprechen 5 von Michie in seiner Arbeit: „Pregnancy complicated by suppuration within the pelvis" angeführte Fälle, die ich hier in Kürze wiedergebe:

1. 32jährige Multipara, Geburt im 8. Monate. Fünf Tage vor Eintritt derselben heftige Unterleibsschmerzen, leichte Temperatursteigerungen. Besserung nach Bettruhe, Verschlimmerung nach der Entbindung. Heftige pelveo-peritonitische Erscheinungen, Fluctuation im Douglas. Coeliotomie. Entleerung reichlicher Mengen übelriechenden Eiters. Entfernung der eiterhaltigen Tuben und der mit kleinen Abscessen durchsetzten Ovarien. Genesung.

2. Abort bei einer Erstgebärenden im 6. Monate nach einem Fall, pelveoperitonitische Erscheinungen. Anamnese ergab, dass seit den letzten 6 Wochen starker eitriger Ausfluss bestanden hatte. Durch Coeliotomie Entleerung reichlichen Eiters aus der Bauchhöhle. Adnexe, die zwar adhärent, aber sonst normal, nicht entfernt: Pat. wird später wieder schwanger.

3. Im 4. Monate Schwangere. Seit Beginn der Gravidität Schmerzen in der linken regio iliaca, schmerzhafte Defäkation. Hinter dem retrovertirten Uterus links ein empfindlicher Tumor. Coeliotomie. Entfernung der beiderseitigen Anhänge. Die rechte Tube verdickt, entzündet, die linke Eiter enthaltend. Schnelle Genesung. Normale Geburt am richtigen Termin.

4. 40jährige Multipara im 5. Monate schwanger. Seitdem Schmerzen im Becken. Glaubt von ihrem Manne gonorrhoisch inficirt zu sein. Abdomen etwas tympanitisch, sehr druckempfindlich. Douglas gespannt. Sofortige Operation verweigert; erst 4 Tage später zugegeben, nachdem schwere Symptome eingetreten. Bei der Coeliotomie Entleerung grosser Mengen eitrig-seröser Flüssigkeit. Entfernung doppelseitiger Pyosalpinxsäcke. Während der ersten 2 Tage günstiger Verlauf, dann Abort. Acute Sepsis. Tod am 6. Tage.

5. 22jährige Drittgebärende. Gravid im 3. Monate. Bekam Wehen und blutigen Ausfluss. Untersuchung ergab einen rechtsseitigen, bis zum Nabel reichenden, fast das Becken ausfüllenden, im Becken fluktuirenden Tumor, und einen linksseitigen, beweglichen, welcher deutliche Contractionen aufwies. An den beiden nächsten Tagen starkes Fieber. P. 156, Erbrechen. Coeliotomie. Entfernung einer rechtsseitigen, überall adhärenten, vereiterten Ovariencyste. Vier Stunden später Ausstossung der Frucht. Genesung.

Ueberblicken wir diese Fälle in Zusammenhalt mit meinem, so ergeben sich folgende Thatsachen:

In sämmtlichen Fällen, mit Ausnahme des sub 3 angeführten, wo im 4. Graviditätsmonate, bevor es zu peritonitischen Erscheinungen gekommen war, die beiderseitigen

Adnexe entfernt worden waren, und die weitere Schwangerschaft normal verlief, war Abort resp. Frühgeburt eingetreten und zwar im 3., 4. beziehungsweise 5., 6. und 8. Monate.

Allerdings hatte im Fall 2 vor dem Abortus ein Sturz stattgefunden, an den sich erst die pelveoperitonitischen Erscheinungen und im weiteren Verlaufe die Ausstossung der Frucht anschlossen. Es muss hier die Frage offen gelassen werden, in welchem ursächlichen Zusammenhange das Trauma, die Beckenbauchfelleiterung und die Fehlgeburt zu einander gestanden waren.

Was den Abort im 3. Monate betrifft, so war demselben allerdings 4 Stunden vorher ein operativer Eingriff vorausgegangen, allein 3 Tage früher hatten bereits Wehen und blutiger Ausfluss das Eintreten des Abortus erwarten lassen.

Auch im 4. Falle war der Abort erst post operationem eingetreten, allein bereits früher hatten peritonele Reizerscheinungen bestanden, die mit grösster Wahrscheinlichkeit den Abort auch ohne den operativen Eingriff ausgelöst hätten.

Als unmittelbare Ursache des Abortus kann die Eiteransammlung, beziehungsweise die von dem Abscess der Adnexe ausgehende Pelveoperitonitis nur im ersten, fünften und in meinem Falle angesprochen werden.

Eine direkte Rupturirung des Abscesses mit Eiterergusz in die Bauchhöhle wurde nur in meinem Falle konstatirt.

Im Fall 1, 2, 3 und 4 scheint es sich um eitrige Adnexerkrankungen und zwar sowohl ein- wie beiderseitige und eitrige perimetritische Exsudate, speziell im 2. Fall um letzteres allein gehandelt zu haben.

Im 5. Falle lag eine eitrige Ovarialcyste vor.

Während im Falle 1, 2, 3, 5, wo beim Auftreten bedrohlicher Symptome sofort operativ eingegriffen worden war, Heilung der Patientin zu verzeichnen ist, im 3. Falle, wo noch vor Einsetzen der peritonealen Reizerscheinungen operirt wurde, sogar dieSchwangerschaft keine Unterbrechung erlitt, sehen wir in meinem und im Falle 4, wo gar nicht, resp. erst, nachdem schwere Symptome eingetreten waren, operirt wurde, Tod an Sepsis. Wenn es erlaubt wäre, aus diesen wenigen Fällen eine Folgerung zu ziehen, so wäre es die, im Auftreten der pelveoperitonitischen Reizerscheinungen, resp. in den vielfach durch dieselben ausgelösten frühzeitigen Wehen eine Indikation zum sofortigen operativen Vorgehen zu sehen.

Die noch immer offene Streitfrage, ob man während der Gravidität unbeschadet derselben operativ eingreifen dürfe oder nicht, will ich hier nicht berühren; erwähnen möchte ich nur, dass ausser den hier erwähnten Fällen auch noch Delagénière und Delassus Adnexoperationen während der Schwangerschaft ohne Unterbrechung derselben ausführten.

Denn gerade in der Wehenthätigkeit liegt nach meiner Ansicht das gefährlichste, die Rupturirung und Weiterverbreituug

des Eiters in der Bauchhöhle bedingende Moment, während der mechanische Einfluss des wachsenden Uterus vielfach nur eine Steigerung des umschriebenen Eiterungsprozesses, in deren weiteren Verlaufe dann allerdings die peritoneale Reizung die Wehen auslöst, veranlasst.

Ich glaube, dass das bezüglich der Combination von Schwangerschaft und Appendicitis Gesagte auch hier, wo die anatomischen Beziehungen viel innigere sind, grösstentheils seine Anwendung finden wird.

Damit soll jedoch nicht gesagt werden, dass immer bei vorhandenen abgesackten Eiteransammlungen im kleinen Becken die Schwangerschaft die ungünstigste Wendung, Perforation und Allgemeinperitonitis herbeiführen muss. Unter gewissen Umständen, die allerdings von Fall zu Fall festzustellen wären, könnte ja die Schwangerschaft und Geburt anstandslos verlaufen. Ein kleiner Pseudofolliculärabscess des Ovariums, ein echter Ovarialabscess, der central liegt, wo noch eine dickere Schicht Ovarialstromas erhalten ist, brauchen durch Gravidität und Geburt gar nicht beeinflusst zu werden; auch eitrige Salpingitiden, wo die Tubenwandung noch nicht durch die Entzündung allzusehr verändert, dadurch sowie durch den Druck des angesammelten Eiters noch nicht hochgradig verdünnt ist, werden eine günstigere Prognose zulassen, als dünnwandige Säcke. Im allgemeinen dürften jedenfalls die Beschaffenheit der Abscesswandungen, die Druckverhältnisse, unter welchen dieselben stehen, der Grad der vorhandenen Perisalpingitis, oder Perioophoritis, die Festigkeit der gebildeten Adhäsionen der anatomische Sitz auf das Verhalten während der Schwangerschaft und Geburt mehr weniger bestimmend einwirken. Diese Momente kommen zweifellos in Betracht, wenn man nur die mechanischen Einwirkungen der Schwangerschaft und Geburt berücksichtigt; von wesentlichem Belange für den weiteren Verlauf aber ist die Natur des sich entleerenden Eiters, die Virulenz der die Eiterung bedingenden, die spezifische Wirkungs- und Wachstumsweise verschiedener Microorganismen; speziell wäre hier zu berücksichtigen, ob wir es mit Strepto- oder Gonokokkeneiter zu thun hätten, in welch letzterem Falle nach dem jetzigen Stand unseres Wissens das Eintreten einer Allgemeinperitonitis weniger zu befürchten, sondern eher das Zustandekommen einer umschriebenen Bauchfellentzündung zu erwarten wäre.

Denkbar wäre es endlich noch, dass je nach der Natur der mit den Nachbarorganen, Rectum oder anderen Darmabschnitten, Blase etc. eingegangenen Verwachsungen und der Lage der am wenigsten widerstandsfähigen Wandpartie ein Durchbruch in eines dieser Hohlorgane während der Schwangerschaft oder unter der Geburt erfolgen könnte; ein derartiger Fall ist mir aus der Literatur nicht bekannt, Fälle jedoch, wo Ovarialtumoren und zwar grösstentheils Dermoide unter dem Einfluss der Geburt oder der künstlichen Entbindung durch das Rektum oder durch den Forceps gesetzten Scheiden- respektive Scheidengewölbeverletzungen per vaginam geboren wurden, sind bekannt. (s. Lacha-

pelle zitirt bei Purchelt und Lomer: Ueber Complication der Geburt durch Ovarialtumoren). Allerdings handelte es sich hier um solide Tumoren, die durch die Geburtsthätigkeit oder künstliche Entbindung gewissermassen aus diesen Wegen hinausgepresst wurden.

Auch die in den Eitersäcken des kleinen Beckens angesammelte Flüssigkeitsmenge wird durch den schwangeren oder sich kontrahirenden Uterus nnter einen gewissen Druck gesetzt und wird nach dem Orte des geringsten Widerstandes hin auszuweichen suchen. Hat nun der Pyosalpinx oder der Ovarialabscess oder Tuboovarialabscess mit einem seiner Nachbarorgane entzündliche Verwachsungen eingegangen, ist die Wand dieses Nachbarorganes an ihrer Verwachsungsstelle durch die Contiguitätserkrankung in ihrer Festigkeit sehr herabgesetzt, während sonst die Abscesswandung durch feste Adhäsionen verstärkt erscheint, so wäre dann an der Verwachsungsstelle ein Punctum minoris resistentiae gegeben, durch das bei entsprechend hohem Drucke die Entleerung des Eiters stattfinden würde.

Der vierte der hier zu besprechenden Fälle ist folgender:

Pat. M. S., 40jährige Zweitgebärende, aufgenommen den 15. IV. 95. Sie ist seit dem 15. Lebensjahre menstruirt, Menses 4wöchentlich auftretend, von 2—3tägiger Dauer. Letzte Menses Ende September 1894. Vor 5 Jahren eine normale Geburt, das damals geborene Kind lebt. Ueber den Verlauf der jetzt bestehenden Schwangerschaft aus der Anamnese nichts zu entnehmen. ebensowenig über den Zeitpunkt der zuerst gefühlten Kindesbewegungen. Der Befund bei der Aufnahme lautet: Mittelgrosse, schwächliche, minder gut genährte Person. Normaler Lungenbefund; über sämmtlichen Herzostien systolische Geräusche. Brüste wenig Parenchym enthaltend, aus den Brustwarzen spärliches Colostrum ausdrückbar. Uterusfundus 1 Querfinger über dem Nabel stehend. Die innere Untersuchung ergab: Portio erhalten, wenig aufgelockert, orificium externum für die Fingerspitze einlegbar. Schädel über dem Beckeneingang beweglich. Normale Beckenmaasse. Die Schwangere wurde in die Schwangernstation der Klinik aufgenommen. Den 20. IV. begann dieselbe Nachmittags zu fiebern, die Abendtemperatur betrug 38·5, Puls 96; Transferierung auf das Fieberzimmer. Die dort vorgenommene Untersuchung ergab gleichen Herz- und Lungenbefund wie bei der Aufnahme. Abdomen unterhalb des Thoraxniveau's; Leber- und Milzdämpfung innerhalb der normalen Grenzen. Linkes Hypochondrium, noch mehr die linke Inguinalgegend druckschmerzhaft. Ueber beiden Flanken tympanitischer Schall. Im Harn geringe Eiweissmengen. In den beiden folgenden Tagen bestand Fieber, am 3. Tage stellte sich Entfieberung ein; an beiden grossen Labien trat Oedem auf; im Harne Eiweiss; im Sedimente fanden sich spärliche Leukocyten, Vaginal- und Blasenepithel, keine Nierenelemente. Innerhalb der nächsten 3 Tage geht das Oedem der Schamlippen zurück, dafür tritt am 28. IV. Oedem und Schmerzhaftigkeit der linken Gesässgegend auf. Temperatur in den nächsten Tagen subfebril, die Oedeme der linken Leisten- und Gesässgegend geschwunden. dafür die ganze linke untere Extremität oedematös, besonders am Oberschenkel druckempfindlich. Auf Behandlung mit essigsaurer Thonerde verlieren sich sowohl Schwellung wie Schmerzhaftigkeit. Am 6. V. trat Oedem der rechten unteren Extremität und wieder Oedem der Schamlippen auf. Die Gebärmutterkuppe war inzwischen bis auf 2 Querfinger über dem Nabel hinaufgestiegen. der Schädel stand beweglich über dem Beckeneingang, der Cervicalcanal war für 2 Querfinger durchgängig. Die Frucht befand sich in Kopflage 2. Position. Den 7. V. 8 h Abends trat geringe Wehenthätigkeit auf, die am folgenden Tage fast völlig aussetzte; am Nachmittag des 8. 2 Schüttelfröste um 3 und 5 Uhr; Abendtemperatur 39·4. Den 9. V. $^1/_2$1 Nachts Spontangeburt eines frühreifen Kindes in Stirnlage. Nachdem die Placenta nach 2stündigem Abwarten trotz angewandtem

Credè'schen Handgriff nicht austrat, wurde dieselbe, die sich als noch in der linken Fundushälfte haftend erwies, manuell gelöst. 10. V. 8 h früh Schüttelfrost, Abendtemperatur 39,5. Nächsten Tags morgendliche Remission auf 36·0. Linke untere Extremität stark oedematös; Patientin klagt über äusserst heftige Schmerzen in derselben und hält dieselbe im Hüftgelenke leicht flektirt und in mässiger Adduction. Geringgradiges Oedem der rechten unteren Extremität und der Schamlippen. Die innere Untersuchung ergiebt einen das hintere Scheidengewölbe herabdrängenden, deutlich fluktuirenden Tumor, der sich in eine bei der äusseren Untersuchung deutlich fühlbare, das Poupart'sche Band um etwa 3 Querfinger überragende Resistenz fortzusetzen scheint. Diese erstreckt sich nach links oben und aussen bis in die linke Nierengegend hin.

Harnbefund: Starker Eiweissgehalt, im Sedimente Leucocyten, spärliche Blasen- und Scheidenepithelien, ferner vereinzelte granulirte Cylinder.

Auf Grund dieses Verhaltens wurde an diesem Tage von Assist. Dr. Ludwig die Diagnose: „linksseitiger perinephritischer Abscess" gestellt, und die Punction desselben vom hinteren Scheidengewölbe aus vorgenommen, wobei eine beträchtliche Menge Eiters entleert wurde. 2 h N. M. Schüttelfrost. Abendtemperatur 39·0.

Den 12. V. Morgentemperatur von 36.8, Nachlass der Schmerzen in der linken unteren Extremität, Oedem unverändert. Im Verlaufe des Tages noch reichlicher Eiterabfluss per vaginam.

In den nächsten 4 Tagen stets morgendliche Remissionen, abendliche Exacerbationen, fortwährende sehr reichliche Eiterabsonderung, der in der letzten Zeit äusserst übelriechend ist.

Am 16. V. Schwellung des ganzen linken Handgelenkes, passive und aktive Beweglichkeit in demselben aufgehoben, Fluktuation daselbst nicht nachweisbar. Pat. sieht sehr verfallen aus. Abendtemperatur 38·5, Ansteigen der Pulsfrequenz auf 132, während bis dahin die Pulsfrequenz so ziemlich parallel mit der Temperatur gegangen war.

Den 17. V. hochgradiger Verfall der Patientin, morgendliche Temperatur von 36, Pulsfrequenz fort anwachsend, Puls leicht unterdrückbar, klein.

18. V. Puls fliegend, nicht mehr zu zählen, Temperatur steigt morgens auf 39.1, die peripheren Körpertheile fühlen sich kühl an, Sensorium benommen, 9 h Morgens Tod.

Die klinische Diagnose hatte gelautet: „Pyonephrosis, Abscessus perinephriticus, retroperitonealer Senkungsabscess, Pyaemia."

Die Obduction (Obducent Prof. Dr. Kolisko) ergab folgende anatomische Diagnose: „Pyaemia cum abscessibus metastaticis pulmonum et nephritide ex parametritide purulenta chronica sinistra cum perforatione in uterum et in cavum Douglasii, abscessu musc. ileopsoatis. Uterus post partum ante dies XI. Punctio abscessus per vaginam facta."

Das anatomische Bild war folgendes: Das Zellgewebe vor der Lendenwirbelsäule und das Beckenzellgewebe linkerseits von dünnem Eiter infiltrirt. Die Gebärmutter zweimannsfaustgross, starr; ihre Wand 1.5 cm dick, die Muskulatur zäh, ihre Höhle erweitert, die Innenfläche mit festhaftenden, graugelben Exsudatmassen bedeckt, vorne oben die wulstige, etwas belegte Ansatzstelle der Placenta zeigend. Links knapp über dem inneren Muttermunde eine erbsengrosse, scharf abgegrenzte, nekrotische, trockene, gelbe Stelle der Muskulatur, unter welcher die Wand der Gebärmutter gegen das linke Parametrium zu verdünnt erscheint. Cervixschleimhaut stark geröthet und geschwellt. An der Portio rechts ein seichter, frischer Einriss. Im schlaffen Scheidengewölbe links eine Eiter entleerende, hirsekorngrosse Punktionsöffnung. In der Mitte der hinteren Scheidenwand eine sagittal verlaufende, furchig vertiefte Narbe. Die beiden Blätter des ligamentum latum sinistrum auseinandergetrieben und einen faustgrossen Abscess einschliessend, der nach dem Uterus zu unter Vereiterung der Muskulatur vordringt und jener nekrotischen Stelle entsprechend dem Durchbruche nahe ist, von einem den Gefässen entsprechenden Gitterwerke

durchzogen wird, und unten durch die Punctionsöffnung nach der Scheide zu eröffnet ist; Durchbruch desselben in den Douglas'schen Raum mit mehreren dünnrandigen Lücken des Bauchfells, ohne dass aber an dem Peritoneum entzündliche Veränderungen zu konstatiren wären: die Wände des Abscesses theilweise schwielig verdickt. Der Abscess steht mit der linksseitigen, phlegmonösen Infiltration des Beckenzellgewebes in Verbindung, der linke musculus ileopsoas ist grösstentheils vereitert und erstreckt sich die Vereiterung bis unter das Poupart'sche Band.

Dieser anatomische Befund klärt den ganzen Krankheitsverlauf derartig deutlich auf, dass eigentlich nichts mehr hinzuzufügen ist. Dass wir es hier nicht mit einer puerperalen Infection des Parametriums, von der die Pyaemie ihren Ausgang genommen, zu thun haben, beweist das Vorhandensein des sichere Kennzeichen seines längeren Bestehens aufweisenden, abgesackten Abscesses am linken breiten Mutterband. Der in demselben vorhandene, alte Abscess wurde durch die sich ausdehnende, schwangere Gebärmutter mechanisch irritirt und reagirte darauf mit Verschlimmerung des Entzündungsprozesses, Fieber, Schmerzhaftigkeit der linken Leistengegend; bei der angeordneten Bettruhe und der dadurch bedingten Herabminderung des sonst vom Uterus im erhöhten Maasse ausgeübten Zuges und Druckes an dem Abscesse Nachlassen der Entzündungserscheinungen, dafür treten jedoch Stauungserscheinungen, Oedeme, offenbar hervorgerufen durch Druck auf die Gefässe von Seiten des vergrösserten Abscesses auf. Das Auftreten und Wiederverschwinden der Oedeme dürfte wohl mit der Herstellung des Collateralkreislaufes in den betroffenen Partien seine Erklärung finden.

Die stetig anwachsende Gebärmutter hatte inzwischen eine Grösse erreicht, bei der sie selbst bei Wegfall der durch Körperbewegungen bedingten Zerrungen, durch ihr Volumen allein, einen ständigen Druck auf den Abscess ausüben musste, andererseits in dem bestehendem Abscess ein Hinderniss ihrer Weiterentwickelung fand. Die Folgen dieser gegenseitigen schädlichen Einwirkung äusserten sich nun im Auftreten einerseits der Wehenthätigkeit, andererseits der Schüttelfröste als Zeichen des eingetretenen Durchbruches des Abscesses. Und nun wandern die in's Zellgewebe ausgetretenen Microorganismen in dessen Spalten weiter entzündliche Infiltration, eitrige Einschmelzung kennzeichnet ihr Vordringen klinisch macht sich der Prozess zunächst durch die Symptome der Psoitis geltend, die innere Untersuchung giebt Aufschluss über die Ausdehnung des von den Microorganismen eingenommenen Gebietes. Dass die rasche Ausbreitung derselben durch die Wehenthätigkeit nur befördert, dass sie gewissermaassen in die Gewebsspalten unter dem Einflusse der Geburtsthätigkeit hineingepresst wurden, erscheint wahrscheinlich. Nun traten auch Erkrankungserscheinungen von Seiten der Niere in den Vordergrund; während im Beginne des Fiebers nur Albuminurie, die diesem selbst zur Last gelegt werden muss, bestanden hatte, finden sich jetzt Anzeichen einer parenchymatösen Nierenerkrankung auf pyämischer Grundlage granulirte Cylinder. Ob-

wohl dem Eiter durch die Scheide freier Abfluss geschaffen wurde, schreitet der Prozess fort; es etablirt sich eine pyämische Metastase im linken Handgelenk, in den Lungen. Tod am elften Tage nach der Geburt.

Einer Erklärung bedürftig erscheint vielleicht der Umstand, dass trotz der durch einige Lücken im Peritoneum des Douglasschen Raumes vermittelten Communication zwischen Abscesshöhle und Peritonealcavum das Bauchfell keine entzündlichen Erscheinungen aufwies; nun ist es aber eine bekannte Thatsache (s. Krönig und Menge: Bacteriologie des weiblichen Genitalcanales), dass das Peritoneum hie und da sich gegenüber nachweislich erfolgtem Eiteraustritt in die Bauchfellhöhle z. B. bei Exstirpation von eitrig erkrankten Adnexen, die während der Operation platzten, völlig reaktionslos verhält, während in den Bauchdecken, über die der gleiche Eiter floss, Abscessbildung auftrat. Wir hätten es hier also mit einer Specificiät der verschiedenen Gewebe zu thun.

In unserem Falle dürfte vielleicht auch noch ein physikalisches und anatomisches Moment mit dazu beigetragen haben, dass es vielleicht garnicht zum Eiteraustritt in die Bauchhöhle gekommen war. Der Eiter sucht, wie jede andere Flüssigkeit, nach der Stelle des geringsten Widerstandes hin auszuweichen; zur Zeit der Geburt kann man von einem Douglas'schen Raume im Sinne einer Peritonealfalte wohl nicht reden, das Peritoneum ist ja entfaltet, die sich zusammenziehende Gebärmutter, der durchtretende grosse Kindestheil zwingen den hier retroperitoneal angesammelten Eiter, längs der offenen Gewebsspalten des Beckenzellgewebes auszuweichen.

Wie es zur oben erwähnten Necrose einer umschriebenen Partie der Gebärmutter, wo sich bereits eine neue Durchbruchsstelle vorbereitete, gekommen, darüber lassen sich nur Vermuthungen anstellen; möglich wäre es, dass gerade diese Stelle die frühere Eintrittspforte der den parametranen Abscess erzeugenden Microorganismen gewesen, dass sich hier eine oberflächliche Narbe gebildet hatte, die in Folge ihrer ungünstigeren Ernährungsverhältnisse beim Uebergreifen des eitrigen Prozesses auf die Uteruswandungen leichter der Einschmelzung unterlag, als die übrigen nur infiltrirten Wandpartieen.

In der Literatur fand ich nur einen hierher gehörigen Fall von Oui: „Phlegmon du ligament large pendant la grossesse." Rép. univ. d'obstétr. et de gyn. B. X, p. 346, wo ein parametritischer Abscess während der Schwangerschaft incidirt wurde und diese ungestört bis an ihr normales Ende verlief, sowie einen von Gördes: „Schwangerschaft und Neubildung", Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. XX, p. 112, in dem es sich bei einer 27jährigen, im 5.—6. Monate schwangeren Frau um einen Abscess des lig. latum sin., der als feste Geschulst erschienen war, gehandelt hatte. Incision, Entleerung einer ziemlichen Menge zum Theil käsigen

Eiters. Die Höhle wird ohne Drainage geschlossen. Heilung. Normale Geburt.

Am Schlusse der Arbeit kann ich nur noch einmal auf die Gefahren hinweisen, die sich bei Complication von Schwangerschaft mit Abscessbildung eines Genitalabschnittes oder eines dem Geschlechtsapparate benachbarten Organes dadurch ergeben, dass der Abscess einerseits, der wachsende, bezw. bei der Ausstossung der Frucht sich zusammenziehende Uterus andererseits durch gegenseitige Einwirkung eine Störung des normalen Schwangerschafts- oder Geburtsverlaufes und einen Durchbruch des Abscesses herbeizuführen im Stande sind.

Daher wären bei der Anamnese jeder Gebärenden speziell in dieser Richtung genaueste Erhebungen zu pflegen; Auftreten von Fieber, von Schüttelfrosten vor oder während der Geburt, wobei andere dasselbe bedingende Organerkrankungen oder Infection von aussen ausgeschlossen werden können, fordern auf, an eine derartige Complication zu denken; der Befund von bestimmt lokalisirter Schmerzhaftigkeit, eine Resistenz oder eine Geschwulst in der Nähe des Genitales zu einer Zeit, die zu kurz erscheint, als dass nach unseren diesbezüglichen Erfahrungen sich bereits eine auf puerperaler Infection beruhende Parametritis oder Adnexerkrankung entwickelt haben könnte, legen die Annahme einer solchen Complication ebenfalls nahe.

Die Prognose lässt sich im allgemeinen als eine sehr schlechte bezeichnen; selbst in den Fällen, wo der Abscess als solcher diagnosticirt und eröffnet, somit dem Eiter Abfluss geschaffen worden war, trat meistens Frühgeburt, bezw. Fehlgeburt und hernach Allgemeininfection auf; nur bei einem sehr frühzeitigen Incidiren des Abscesses zu einer Zeit der Schwangerschaft, wo dem Abscesse Zeit zur Ausheilung gelassen wird, ehe der wachsende Uterus seine mechanische Einwirkung auf denselben zu äussern beginnt oder rechtzeitiger Exstirpation der kranken Adnexe, dürfte Aussicht auf Heilung und normaler Schwangerschaftsverlauf erhofft werden.

Verschiedenheiten des Ausganges bei einmal eingetretenem Durchbruch ergeben sich je nach der intra- oder retroperitonealen Lage des Eiterheerdes, indem wir in einem Falle Allgemeinperitonitis, im anderen Zellgewebsvereiterung, Erkrankung der retroperitonealen Lymphdrüsen, bei Spontandurchbruch nach aussen jedoch auch Heilung eintreten sehen; weiterhin dürfte der Virulenzgrad, sowie die spezifische Wirksamkeit verschiedener Eiterung erregender Microorganismen einen differenten Verlauf herbeiführen.

Literatur-Uebersicht.

1. Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, B. 38.
2. Fowler (Uebersetzung von Landerer), Ueber Appendicitis. Berlin 1896. Verlag von S. Karger.
3. Lenander, Ueber Appendicitis und ihre Complicationen vom chirurgischen Standpunkt aus behandelt. Sammlung klinischer Vorträge. N. F. No. 75.
4. Hirst, Appendicitis and pregnancy. Americ. journ. of obst. B. 31. p. 393.
5. Mc. Arthur, Gestation complic. by appendical abscess. The americ. journ. of obst. Vol. 31, p. 181.
6. Menge und Krönig, Bacteriologie des weiblichen Genitalcanales.
7. Fraipont, Douze cas de grosesses après salpingo-ovarite et pelvi-peritonite suppuré. Arch. d'obst. et de gyn. B. IX, p. 508—528.
8. Michie, Pregnancy complicated by suppuration within in the pelvis; with cases. Brit. Gyn. J. London. Vol. XLII, p. 160; referirt im Jahresbericht über die Fortschritte u. s. w. 1895, p. 560.
9. v. Mayr, ref. Centralblatt f. Geb. u. Gyn. 1897.
10. Olshausen, die Krankheiten der Ovarien. Deutsche Chir. Lieferung 58.
11. Orthmann, Beiträge zur normalen Histologie und Pathologie der Tuben. Virch. Arch. B. 87, p. 108.
12. Menge, Ueber die gonorrhoischen Erkrankungen der Tuben und des Bauchfelles. Zeitschrift f. Gebh. u. Gyn. B. 21, p. 119.
13. Landau, Pathologie und Therapie der Beckeneiterung. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie, B. 46, p. 397.
14. Schäffer, Ovarientumor bei Schwangerschaft. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. 26, p. 218.
15. Gottschalk, Demonstration eines nicht puerperalen Ovarialabscesses. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. 24, p. 126 u. p. 453.
16. idem. Verhandlungen der Gesellschaft für Gynäkologie. 1891. p. 310.
17. Lomer, Ueber Complication der Geburt durch Ovarialtumoren. Arch. f. Gyn. B. 19, p. 308.
18. Jetter, Ueber den Einfluss der Eierstockgeschwülste etc. Dissertat. Tübingen 1861.
19. Schäffer, Zwei Fälle von Ovarialabscess u. s. w. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. 20. p. 269.
20. Flaischlen, Zur Complication der Schwangerschaft und Geburt durch Ovarialtumoren. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. 29, p. 48.
21. Heitzmann, Allgemeine Wiener medicinische Zeitung 1889, No. 5 u. 6.
22. Boldt, Suppurative Oophoritis. Americ. journ. of obst. Vol. 25, p. 232.
23. Oui, Phlegmon du ligament large pendant la grossesse. Gyn. geb. Congress zu Bordeaux. Rév. univ. d'obstét. et gyn. B. X, p. 346.
24. Wertheim, Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Arch. f. Gyn. B. 42.

II.

Ueber die verschiedenen Uterusschnittmethoden bei der konservativen Sectio caesarea.

Von

Dr. VINCENZ JOHANNOVSKY,

ordinirender Arzt der gynäkologischen Abtheilung des Stefanshospitals in Reichenberg (Böhmen).

Ein Fall, bei welchem ich den konservativen Kaiserschnitt wegen relativer Indikation zweimal an derselben Person mit günstigem Erfolg ausgeführt habe, bot mir wegen der Complikation einer Uterus-Bauchdeckenfistel bei der zweiten Kaiserschnittoperation die Gelegenheit, zur Beseitigung dieser Complikation den hinteren Uterusschnitt mit Erfolg anzuwenden. Da ich glaube, dass dieser Umstand meinem Falle ein besonderes, kasuistisches Interesse sichern dürfte, so will ich im Folgenden zunächst dessen Krankheitsgeschichte mittheilen und daran anschliessend etwas näher in die Besonderheiten desselben und in die Besprechung der verschiedenen Uterusschnittmethoden eingehen.

Sch . . . . A . . . ., 26jährige, ledige Fabrikarbeiterin aus Lubokai (Spitals-Protokoll No. 2854, Abtheilungs-Protokoll No. 239), kam am 14. Oktober 1891 bereits im kreisenden Zustande auf meine Abtheilung. Sie gab an, zum ersten Male schwanger zu sein und ihre Menstruation Ende Januar desselben Jahres zum letzten Male gehabt zu haben. Bereits einen Tag vor ihrem Eintritte ins Spital hätten die Wehen begonnen und sei auch bald darauf das Fruchtwasser abgeflossen. Die Untersuchung ergab: Durchgängigkeit des Cervix für zwei Finger. Hochstand des über dem Beckeneingang noch beweglichen Kopfes. Die direkte Messung der Conj. diagonalis ergab 10 cm. Wegen der fehlenden Neigung der Symphyse musste ein grosser Abzug für die Conj. vera gemacht werden. Deshalb schätzte ich dieselbe auf circa 8 bis 8.2 cm. Die äusseren Beckenmaasse waren folgende: Dist. spin. 24 cm. Dist. crist. 25 cm. Conjugata externa 18 cm. Sowohl das Becken wie der Gesammtknochenbau zeigte ausgesprochenen, rachitischen Typus. Die Länge der Person betrug 136 cm. Entsprechend der platten und allgemeinen Verengerung und der rachitischen Veranlagung dokumentirte sich sonach das Becken als plattes, allgemein verengtes rachitisches Becken. Auf Grund der durch die erhobenen Beckenmaasse wohl begründeten relativen Kaiserschnitt-Indikation nahm ich sofort am Eintrittstage um 5 Uhr Nachmittags mit Einwilligung der Patientin den konservativen Kaiserschnitt vor: Hervorwälzen des Uterus vor die Bauchdecken. Keine Gummischlauch-Constriktion, sondern bloss manuelle Compression der Arteriae uterinae durch den Assistenten. Mittlerer Längsschnitt durch die vordere Wand des Uterus. Entwicklung eines ausgetragenen, lebenden Knaben. Naht der Uterus- und Bauchdeckenwunde mit tiefen und oberflächlichen Seidenknopfnähten. Keine atonische Nachblutung. Gute Kontraktion des Uterus. Dagegen wurde der normale Wundverlauf gestört durch zahlreiche Stichkanal-Eiterungen der Bauchdeckennähte und durch Bildung von Bauchdeckenabscesssen im

Bereiche der Nahtlinie. Es kam in Folge dessen zu einem starken Eiterungsfieber mit Abendtemperaturen von 39 bis 39,5 Grad C., welches die ersten drei Wochen kontinuirlich anhielt und erst nach ausgiebiger Spaltung und Entleerung der Abscesse mit Beginn der vierten Woche sistirte. Von da ab gestaltete sich der weitere Verlauf afebril und ungestört, so dass Patientin am 25. XI. 91, demnach circa sechs Wochen nach der Operation, im besten Wohlbefinden entlassen werden konnte. Bemerkenswerth sind einige Verhältnisse, die durch die Schlussuntersuchung festgestellt worden sind. Zunächst das Verhalten des Uterus. Derselbe war noch über faustgross, befand sich in Anteflexion in medianer Stellung und zeigte einen ganz auffälligen Hochstand. Sein Fundus reichte nämlich bis nahe an den Nabel hinauf. Bei der bimanuellen Untersuchung wurde auch die Portio als hochstehend nachgewiesen. Der sonach in toto stark elevirte Uterus erwies sich in der oben bezeichneten Lage als vollständig feststehend und fixirt. Diese Hinaufzerrung des Uterus war bedingt durch Verwachsung der Serosa der vorderen Uteruswand mit der correspondirenden Parietalserosa, welche durch das lange Eiterungsfieber zu Stande kam. Ein zweiter Umstand, der für die Wahl des Uterusschnittes bei der zweiten Kaiserschnittoperation massgebend war, bestand in dem Zurückbleiben einer Fistel in den Bauchdecken, welche sich etwa 3 cm unterhalb des Nabels in der Narbe der ursprünglichen Bauchdeckennahtlinie etablirt hatte. Die Sonderung derselben ergab, dass es sich um eine Uterus-Bauchdeckenfistel handelte. Ihre Entstehungsursache ist wohl darauf zurückzuführen, dass während des Wundverlaufes an dieser Stelle Stichkanaleiterung und Abscessbildung sowohl der Uterusnaht als auch der darüber gelagerten Bauchdeckennaht stattfand und dass dieser lokale Eiterungsprocess auf dem Wege der Fistelbildung zur Ausheilung gelangte. Patientin wurde mit der Weisung entlassen, sich zwecks Behandlung der Fistel ambulatorisch wieder vorzustellen. Sie that dies jedoch nicht, sondern kam erst nach Ablauf von 4½ Jahren (am 28. Februar 1896) wieder im kreisenden Zustande auf meine Abtheilung. Sie hatte sich mittlerweile verheirathet und hiess jetzt: B . . . . A . . . ., 30jährige Fabrikarbeitersfrau aus Hanichen (Spitals-Protokoll No. 552, Abtheilungs-Protokoll No. 46). Sie gab an, dass sie in der Zwischenzeit eine spontane Frühgeburt im siebenten Schwangerschaftsmonate (todtes Kind) durchgemacht und sich sonst ganz wohl befunden habe. Jetzt sei sie wieder am normalen Ende ihrer dritten Schwangerschaft. Der Aufnahmsbefund war ähnlich wie der erste. Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Fruchtwasser abgegangen. Cervix für zwei Finger erweitert. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass die Uterus-Bauchdeckenfistel, mit welcher die Patientin nach der ersten Kaiserschnittoperation entlassen worden war, sich noch immer deutlich als haarsondenfeine Oeffnung etwa 3 cm nach unten und etwas nach links vom Nabel, mit einer Kruste von eingetrocknetem Sekret bedeckt, markirte. Die Anwesenheit dieser Fistel, die sonach bereits 4½ Jahre bestand, war mir bei der Vornahme der zweiten Kaiserschnitt-Operation massgebend für die Wahl eines sonst ungewöhnlichen Uterusschnittes, indem ich mir vornahm, diesmal den Uterus durch einen mittleren Längsschnitt an seiner hinteren Wand zu eröffnen. Ich behalte mir die Begründung dieses Vorgehens für den Schluss dieses Krankenberichtes vor und will hier zunächst den Gang dieser zweiten Kaiserschnitt-Operation, welche ich auf Grund gleicher Indikation mit Einwilligung der Patientin sofort vornahm, kurz beschreiben. Den Bauchdeckenschnitt machte ich diesmal etwa 2 cm nach rechts von der Narbe des ersten damals etwas nach links von der linea alba angelegten Schnittes. Es zeigte sich eine sehr ausgedehnte und intensive Verwachsung der Serosa der vorderen Uteruswand mit der correspondirenden Serosa der Bauchdecken, wie sie ja schon nach der ersten Operation angenommen war. Die Verwachsungen liessen sich meist stumpf mit dem Finger trennen, nur im Bereiche der Uterusbauchdeckenfistel wurden sie so dick und schwartenartig, dass sie hier nur durch scharfe Schnitte mit Scheere und Messer beseitigt werden konnten. Es gestaltete sich demnach die Freilegung der vorderen Uterusfläche ziemlich schwierig. Hierauf wurde der Uterus vor die Bauchdecken gewälzt, was bei dieser zweiten Operation wegen der beabsichtigten Schnittführung an der hinteren Wand des Uterus nicht mehr Methode der freien Wahl, sondern des Zwanges war. Die

provisorische Blutstillung liess ich auch hier wieder vom Assistenten durch manuelle Compression besorgen. Ich eröffnete die hintere Wand des Uterus durch einen mittleren Längsschnitt in ganz gleicher Weise, wie ich die vordere Uteruswand bei der ersten Operation eröffnet hatte. Das Kind, ein ausgetragener Knabe, konnte auch bei dieser Schnittführung rasch und leicht an den Füssen entwickelt werden. Es war aber schwer asphyktisch, und trotz lange fortgesetzter Wiederbelebungsversuche gelang es nicht, dasselbe am Leben zu erhalten. Als Nähmaterial für die Uterusnaht benützte ich diesmal Silkworm und schloss die Uteruswunde mit einer entsprechenden Anzahl von tiefen dicken und oberflächlichen feinen Silkwormknopfnähten. Mit demselben Nähmaterial und in gleicher Weise schloss ich auch die Bauchwunde. Der Verlauf gestaltete sich ganz ungestört und afebril. Prima intentio der Bauchnaht. Gute Rückbildung des Uterus. Patientin konnte demnach schon am 4. IV. 96, also circa vier Wochen nach der Operation, im besten Wohlbefinden entlassen werden. Bei der Schlussuntersuchung concentrirte sich das Hauptinteresse des Falles auf das Verhalten des Uterus mit Rücksicht auf den angewendeten hinteren Uterusschnitt. Zunächst sei bemerkt, dass die noch vor der zweiten Operation bestandene Uterus-Bauchdeckenfistel sich mittlerweile vollständig geschlossen hatte und sonach definitiv geheilt war. Bezüglich des Uterus- und Beckenbefundes wurden folgende Verhältnisse festgestellt: Der Uterus stand in Anteflexion etwas nach rechts von der Medianlinie. Sein Fundus war etwa zwei Querfinger über der Symphyse etwas nach rechts zu tasten. Durch die bimanuelle Untersuchung liess sich eine leichte rechtsseitige parametrane Fixation des Collums nachweisen. Dagegen ergab die weitere Austastung des Beckens, dass sowohl der Douglas als auch die vordere Fläche des Kreuzbeins vollständig frei waren von jedweder perimetritischer oder intestinaler Adhäsionsbildung. Der hintere Uterusschnitt hatte sonach in meinem Falle weder Retroflexionsstellung des Organes noch irgendwelche retrouterine Adhäsionsbildung im Becken zur Folge. Dieser günstige Befund fand auch durch die Rectum-Untersuchung seine Bestätigung. Als ich Patientin nach Ablauf eines Jahres wieder einmal zu untersuchen Gelegenheit hatte, konnte ich denselben günstigen Befund aufnehmen, wie bei der Spitalsentlassung. Auch das subjektive Befinden der Patientin war ein vollständig befriedigendes.

Bevor ich in die Besonderheiten meines Falles näher eingehe, will ich zunächst im Allgemeinen die verschiedenen Uterusschnittarten, wie sie für den konservativen Kaiserschnitt theils praktisch durchgeführt, theils theoretisch vorgeschlagen wurden, mit Benützung der mir zugänglich gewesenen Literatur kurz besprechen.

1. Der hintere Uterusschnitt. Er ist schon im Jahre 1881 von Cohnstein (Zur Sectio caesarea. Centralblatt für Gynäkologie 1881, No. 12) empfohlen worden. Dieser Autor beabsichtigte mit seinem hinteren Uterusschnitt im Wesentlichen eine Drainage durch den Douglas'schen Raum herzustellen. Deshalb sollte nach den Intentionen von Cohnstein dieser hintere Uterusschnitt gar nicht genäht werden, sondern offen bleiben und sollte nach dem Douglas und dem hinteren Scheidengewölbe hin drainirt werden, um dem Wundsekrete und den Lochien einen freien Abfluss nach Aussen zu verschaffen. Dieser Vorschlag gehörte noch jener Zeit an, in welcher wegen Unterschätzung der Leistungsfähigkeit einer exakten Uterusnaht, wie sie uns später Sänger gelehrt hat, die Drainage mit Offenlassen der Uteruswunde als Ersatz für den gefürchteten Nahtverschluss noch vielfach empfohlen worden ist. Sänger (siehe seine Kaiserschnitt-Monographie 1882, Seite 175) hat diesen Vorschlag kri-

tisch beleuchtet. Er spricht sich mit Recht gegen denselben aus, indem er gerade den Umstand als schwachen Punkt der Cohnstein'schen Argumentation bezeichnet, dass die Uteruswunde gar nicht genäht und zur Drainage erst eine künstliche Oeffnung geschaffen werden soll. Auch Frank (siehe Sänger's Kaiserschnitt-Monographie, Seite 176) spricht sich gegen Cohnstein's Drainirungsvorschlag aus. Er betont, dass „der Abfluss der Wundsekrete leichter möglich sei, wenn die Wunde sich in der vorderen, als wenn sie sich in der hinteren Gebärmutterwand befinde. Denn in der vorderen Wunde strebe das Sekret bei der Rückenlage der Frau nach den allgemeinen Gesetzen der Schwere eher nach dem Cavum uteri und der Vagina hin, während es bei einem Riss in der hinteren Wand im Gegentheil nach der von stagnirenden Flüssigkeiten erfüllten Kreuzbeinaushöhlung hinstrebe und diese zur Zersetzung nur noch geneigter mache. Fällt demnach die Wunde in die hintere Uteruswand, so seien die Bedingungen einer exakten, vollständigen Drainage, des Abhaltens von Darmschlingen, eines vollständigen Occlusivverbandes schwer zu erfüllen. Das grosse Organ hindere, im Douglas zu arbeiten, Insulte der Darmschlingen seien unvermeidlich. Das Herstellen einer Abkapselung zwischen der Wundfläche, Sekreten einerseits und Darmschlingen andererseits sei schwer zu erreichen."

So viel bezüglich des hinteren Uterusschnittes ohne Naht. Aber auch mit Naht begegnet derselbe mit Recht erheblichen Einwendungen. Sänger, der hervorragendste Autor auf diesem Gebiete (siehe Centralblatt für Gyn. 1890, No. 12), betont, dass bei etwa doch eintretender Dehiscenz der Wunde nach gemachter Naht die Sekrete keinen unmittelbaren Ausweg haben. Ferner hebt er hervor, dass breite Verwachsungen der hinteren Fläche des Uterus mit der hinteren Wand des Douglas'schen Raumes oder auch mit Darmschlingen entstehen können, welch letzterer Umstand Ileus zur Folge haben kann. Auch betont Sänger, dass zur Ausführung des Schnittes an der hinteren Wand des Uterus das Hervorwälzen desselben vor die Bauchdecken unbedingt nothwendig sei, um sich die nöthige Zugänglichkeit zu verschaffen. Doch werde es nicht immer möglich sein, den noch nicht entleerten Uterus hervorzuwälzen und ihn so zu kippen, dass man bequem seine Hinterwand incidiren könne; bei Neubildungen im Collum z. B. wäre es radikal unmöglich. (Sänger's Kaiserschnitt-Monographie Seite 175.)

Es sind dies ganz berechtigte Gründe, welche gegen die Verallgemeinerung des hinteren Uterusschnittes sprechen. Ich schliesse mich denselben vollständig an und hebe zugleich hervor, dass ich mit der Veröffentlichung meines Falles durchaus nicht die Absicht verbinde, einer Verallgemeinerung des hinteren Uterusschnittes für alle konservativen Kaiserschnitte das Wort reden zu wollen. Dass es jedoch einzelne Fälle gibt, bei denen sich die Anwendung des hinteren Uterusschnittes sehr zweckmässig erweist, ja bei denen der hintere Uterusschnitt unter Um-

ständen das einzig mögliche Verfahren sein kann, werde ich weiter unten auseinandersetzen.

2. Der vordere Uterusschnitt (Längsschnitt im mittleren Drittel des Corpus uteri, respektive seiner vorderen Wand). Theilt man nämlich nach dem Vorgange von Sänger das Corpus uteri von der Umschlagstelle des Peritoneum bis zur Fundushöhe in drei Drittel, so kann man, je nachdem der Medianschnitt in das obere, mittlere oder untere Drittel fällt, einen hohen, mittleren und tiefen Schnitt unterscheiden. Der hohe und tiefe Schnitt ist nur vereinzelt (Billi-Frank) in Anwendung gezogen worden. Der mittlere Schnitt dagegen repräsentirt die weitaus am häufigsten angewandte Schnittmethode und wurde demnach, mehr oder minder beabsichtigt, in den allermeisten Fällen ausgeführt. Ob er sich deshalb schon für alle Zeiten ein unbestreitbares Bürgerrecht erworben hat und ob sich die Häufigkeit seiner Anwendung auch vollständig mit seiner grössten Zweckmässigkeit deckt? Ich möchte diese Frage noch nicht für abgeschlossen halten, zumal neue diesbezügliche Vorschläge auch wieder neue Gesichtspunkte zu Tage gefördert haben. Ich glaube, dass der erst jüngst von Fritsch vorgeschlagene quere Fundalschnitt zweckmässiger ist. Ich will hier nur einige Punkte hervorheben, die geeignet sein dürften, meine Behauptung zu rechtfertigen. Auf die Details des diesbezüglichen Vorschlages von Fritsch werde ich weiter unten noch zurückkommen. Der mittlere Längsschnitt deckt sich in der Regel mit dem Bauchschnitt, so dass congruente Nahtlinien in den betreffenden Uterus- und Bauchdeckenabschnitten zusammentreffen. Diese Congruenz der Uterus- und Bauchdeckennahtlinie ist zumindest durchaus nicht nothwendig, ja sie kann unter Umständen nachtheilige Folgen mit sich bringen. So kann sie Veranlassung geben zur Verwachsung des betreffenden Antheils der vorderen Fläche des Uterus mit der correspondirenden Serosa der Bauchdecken, ein Ereigniss, welches, wie Sänger mit Recht hervorhebt, nicht als Ziel zu erstreben ist. Ein idealer Heilungsvorgang soll eben ohne Verwachsung zu Stande kommen. Ferner kann diese Congruenz der Entstehung gewisser Wundkomplikationen Vorschub leisten, so der fortgepflanzten Stichkanaleiterung und Abscessbildung im Bereiche der beiden étagenartig übereinander gereihten Nahtlinien mit Ausgang in Uterus-Bauchdeckenfistel, wie ich diesen Hergang in meinem Falle nach der ersten Operation selbst erlebt habe. Es wäre demnach eine Schnittmethode vorzuziehen, welche die Entstehung von Verwachsungen und Uterus-Bauchdeckenfisteln verhindern und gleichzeitig, wie Sänger mit Recht hervorhebt, einen guten Verschluss der Uteruswunde gestatten würde. Ein Cardinalfehler dieses Schnittes scheint mir aber noch in dem Umstande zu liegen, dass er in der Längsachse des Uterus angelegt wird, weil die zu seinem Verschluss nothwendiger Weise in querer Richtung anzulegenden Nähte nicht voll und ganz als blutstillende Nähte wirken können. Dies findet seine anatomische Begründung in dem Umstande, dass die Aeste

der Arteriae uterinae im Uterus in querer Richtung verlaufen. Fritsch (Centralblatt f. Gyn. No. 20, 1897) sagt diesbezüglich: „Es ist deshalb ein Querschnitt nöthig, der parallel mit den Gefässen geht. Schneidet man aber in der Längsrichtung des Uterus, so liegen die Suturen parallel mit den Gefässen und es kann leicht vorkommen, dass gerade zwischen zwei Suturen ein grösseres Gefäss verläuft. Es müssen deshalb spätere Suturen oft nachgelegt werden." Ich werde auf diese Verhältnisse weiter unten noch zurückkommen. Nach alledem halte ich den mittleren Längsschnitt in der vorderen Uteruswand nicht für die ideale und zweckmässigste Schnittmethode, wenngleich derselbe in Folge seiner fast ausschliesslichen Verwendung zur Zeit eine Art Normalschnitt geworden ist, und stütze ich mich hiebei auf die oben besprochenen Verhältnisse.

3. Der tiefe Querschnitt (querer Cervikalschnitt nach Sänger). Diese Schnittmethode ist wohl praktisch wenig zur Verwerthung gekommen. Obgleich sie daher nur mehr theoretisches Interesse darbietet, so will ich sie doch der Vollständigkeit wegen hier mit erwähnen und werde mich lediglich auf die diesbezüglichen Ausführungen von Sänger beschränken. Sänger hat den queren Cervikalschnitt von dem Vorgange der meist in querer Richtung durch den Cervix erfolgenden Uterusruptur abgeleitet. Er sagt diesbezüglich (siehe seine Kaiserschnitt-Monographie pag. 185): „Die neueren Erfahrungen über Ruptura uteri und Ruptura cervicis legen es uns nahe, zu fragen, ob nicht der Querschnitt von Lauverjat, sowie eine quere Gastro-Trachelotomie, selbstverständlich nur nach Incision der Bauchdecken in der Medianlinie, wieder aufzunehmen wäre." Sänger setzt des Weiteren auseinander, wie man etwa operativ vorzugehen hätte, wenn man bei dieser Schnittrichtung die Mechanik der spontanen und vollständigen Cervixruptur copiren wollte. Er hebt ferner die sehr beachtenswerthe Eigenschaft des Querschnittes gegenüber dem Längsschnitt hervor, dass ersterer in Folge der Anordnung der Ringmuskulatur im Cervix keine Tendenz zum Klaffen zeige, sondern dass hier vielmehr die concentrische Zusammenziehung des queren Defectes durch die circuläre Anlage der Muskelfasern begünstigt wird. Zum Schluss würdigt er noch die Bedeutung dieser Schnittmethode durch folgende Bemerkung: „Besässen wir nicht genügende Mittel, allenfallsige Unzulänglichkeiten des bislang am meisten angewandten, am bequemsten auszuführenden Längsschnittes im mittleren Drittel des Corpus uteri sicher zu beseitigen, so verdient nächstdem bei ungedehnter Cervix der tiefe Querschnitt im unteren Uterinsegment, bei abnormer Cervixdehnung der quere Cervikalschnitt vor allen anderen Schnittmethoden das meiste Vertrauen und eine ernste Neuprüfung."

4. Der hohe Querschnitt (querer Fundalschnitt nach Fritsch). Er ist das jüngst geborene Kind unter den verschiedenen Kaiserschnittmethoden und wurde erst jüngst von Fritsch (siehe Centralblatt für Gyn. 1897, No. 20: „Ein neuer

Schnitt bei der Sectio caesarea") inaugurirt. Er wird quer über den Fundus in der Richtung von einer Tubeninsertion zur anderen gemacht. Doch ist nur eine verhältnissmässig geringe Ausdehnung des Schnittes nöthig, so dass die Tubeninsertionen nicht in Betracht kommen. Der Schnitt endet jederseits noch einige Centimeter vor den Tubeninsertionen.

Ich selbst hatte erst vor Kurzem Gelegenheit, den queren Fundalschnitt nach Fritsch in Verwendung zu ziehen. Ich machte nämlich am 26. Juni d. J. den konservativen Kaiserschnitt an einer verheiratheten Frau und entwickelte das Kind durch den Fritsch'schen queren Fundalschnitt. Auf Grund dieses eigenen Falles bin ich in der Lage, die Vortheile dieser Schnittmethode, welche Fritsch hervorhebt, vollinhaltlich bestätigen zu können. Fritsch sagt: „Beim queren Fundalschnitt kann man den Leibschnitt höher im Abdomen anlegen, ungefähr so, dass der Nabel die Mitte bildet. Dies hat den Vortheil, dass eine spätere Hernie nicht so zu fürchten ist, denn die Hernien entstehen unterhalb des Nabels, namentlich dann, wenn der Schnitt zu weit nach abwärts reicht." In meinem Falle habe ich den Bauchschnitt in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel begonnen und etwa handbreit über dem Nabel fortgesetzt. Der Uterus konnte auch in meinem Falle durch die Hand des Assistenten vorzüglich comprimirt werden, da die Hand unbeweglich und ungestört liegen bleiben konnte. Ich liess während der Operation die manuelle Compression probeweise eine Zeit lang aussetzen und überzeugte mich, dass die Blutung auch ohne Compression eine geringe war. Die Operation war sehr sauber. Den oberen Theil der Bauchwunde habe ich provisorisch mit Hackenzangen geschlossen. Der untere Theil konnte gut an den Uterus angepresst werden. Es gelangte fast gar kein Blut in die Bauchhöhle, wie ich mich am Schluss der Operation durch Revision des Douglas in Hochlagerung überzeugt habe. Im Schnitte präsentirte sich ein Bein, an welchem ich mit Leichtigkeit die Entwicklung des Kindes vornehmen konnte. Die Wunde im Fundus verkleinerte sich auch in meinem Falle sehr rapid, so dass zu deren Verschluss nur verhältnissmässig wenig Nähte nothwendig waren. Als Nähmaterial benutzte ich auch in diesem Falle wieder Silkworm und legte tiefe und oberflächliche Knopfnähte. Allerdings habe ich es in meinem Falle versäumt, die tiefen Nähte zu zählen Doch glaube ich, dass es nicht mehr waren als acht bis neun. Die rapide Verkleinerung der Wunde im Fundus möchte ich hauptsächlich auf die quere Anlage des Schnittes zurückführen. Solche quere Defecte in dem uterinen Hohlorgane zeigen nämlich keine Tendenz zum Klaffen, sondern ziehen sich vielmehr rasch concentrisch zusammen, wie dies Sänger schon beim queren Cervikalschnitt des Näheren begründet hat. Ich möchte auch in diesem Vorgang einen Vorzug des Fritsch'schen Schnittes vor dem vorderen Längsschnitt erblicken.

Nun noch eine Bemerkung betreffs der blutstillenden Wirkung der hier in Betracht kommenden Nähte. Die wegen der queren

Richtung des Schnittes in sagitaler Richtung anzulegenden Knopfnähte treffen rechtwinklig die quer verlaufenden uterinalen Gefässe und stillen deshalb sicher und exakt die Blutung. Ich habe dieses Verhalten schon oben bei Besprechung des vorderen Längsschnittes erwähnt und will hier nur ergänzend hinzufügen, dass ich diese Thatsache in meinem Falle vollständig bestätigt fand. Während ich nämlich bei meinen früheren konservativen Kaiserschnitten, bei welchen ich den vorderen Längsschnitt anwendete, wegen wieder auftretender Blutung stets noch Nähte nachlegen musste, kam dies hier bei der Naht des queren Fundalschnittes gänzlich in Wegfall. Denn jede tiefe Naht stillte in ihrem Bereich vollständig und exakt die Blutung. Ich halte diesen anatomisch begründeten Blutstillungseffect der sagital angelegten Nähte für einen weiteren, nicht zu unterschätzenden Vorzug des Fritsch'schen Schnittes vor dem vorderen Längsschnitt. Zum Schluss sagt Fritsch: „Die Lage der Wunde oben auf dem Uterus gestattet es, den Uterus sofort nach der Entleerung grösstentheils in die Bauchhöhle zurückzubringen. Nur der Fundus, an einer Sutur als Zügel hochgehalten, liegt ausserhalb der Bauchhöhle." Ich habe in meinem Falle den Uterus nach seiner Entleerung allerdings mit Absicht nicht in die Bauchhöhle zurückgebracht, sondern ihn während der Fertigstellung der Naht vollständig vor den Bauchdecken belassen. Die Ursache, warum ich von dem diesbezüglichen Fritsch'schen Vorschlag in meinem Falle Abstand nahm, lag darin, dass sich in dem schlaffen Uterus (die Frau, welche der arbeitenden Klasse angehörte, hatte schon vorher fünf schwere Entbindungen mit stets todten Kindern durchgemacht) eine atonische Blutung bemerkbar machte. Ich bekämpfte dieselbe während der Nahtanlegung dadurch, dass ich den Uterus in seiner ganzen Ausdehnung durch die beiden Hände des Assistenten, welche ihn vorn und hinten jederseits breit fassten, kräftig zusammendrücken und massiren liess. Diese direkte Uterusmassage war von bestem Erfolg begleitet, denn gegen den Schluss der Naht hatte die atonische Blutung vollständig aufgehört und der Uterus war gut kontrahirt. Auch bei dieser Massage kam die Verlegung des Schnittes auf den obersten Fundusantheil sehr zu statten, da mit Ausnahme dieses Abschnittes der Uterus in seiner ganzen Ausdehnung ohne Störung der Nahtarbeit kräftig massirt werden konnte, was bei einem Längsschnitt durch den vorderen Corpusantheil in dieser ausgiebigen Weise wohl nicht ausführbar gewesen wäre. Der weitere Verlauf meines Falles gestaltete sich günstig. Kind lebend. Auf Grund dieser eigenen Beobachtung halte ich den queren Fundalschnitt nach Fritsch für sehr beachtenswerth. Ich glaube, dass er wegen seiner in mehrfacher Beziehung zweckmässigen Verwendbarkeit dem gegenwärtig fast allgemein in Verwendung stehenden vorderen Längsschnitt, welchem, wie ich oben gezeigt habe, mehrfache Mängel anhaften, vorzuziehen sein wird.

Unabhängig von Fritsch und vor ihm (6. Mai 1896) ist der quere Fundalschnitt schon von Everke ausgeführt worden

mit unglücklichem Ausgang für die Mutter (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, Band VI, Heft 1). Gewiss nicht unbeeinflusst von diesem Ergebniss verwirft Everke diese Schnittmethode und fasst deren Nachtheile in folgende drei Punkte zusammen:

1. Die vernähte Querschnittwunde neige in Folge mangelhafter Gefässversorgung zur Nekrose und zum Wiederaufklaffen. Durch Austritt von Lochialsekret in die Bauchhöhle könne dann Sepsis entstehen.
2. Da bei dieser Schnittführung die Uterusnahtlinie der freien Bauchhöhle zugewendet ist, so sind hier direkte Verwachsungen mit Darm, Magen, Netz möglich und ist diese Art von Verwachsungen folgenschwerer, als die, welche beim vorderen Längsschnitt mit den Bauchdecken zu Stande kommt.
3. Aus demselben Grunde sind bei dieser Schnittführung gewisse Komplikationen des Heilungsverlaufes der Uteruswunde wie Abscessbildung gefährlicher wegen des möglichen Durchbruches in die freie Bauchhöhle oder in den Darm.

Was den ersten Punkt betrifft, so giebt Everke für die Entstehung der mangelhaften Gefässversorgung im Bereiche der Uteruswunde folgende Erklärung: es werde die Blutzufuhr in der Mitte des Schnittes durch die in Folge der Nahtanlegung herbeigeführte Abbindung der beiden Aeste der Arteriae spermaticae internae ungenügend und es entstehe in Folge dessen an dieser Stelle Nekrose und Aufklaffen der Uteruswunde. Es leisten sonach die hier sagital angelegten Knopfnähte im Everke'schen Sinne zuviel im Punkte der Blutstillung. Vom anatomischen Standpunkte kann eine solche Erklärung schon zulässig sein, besonders wenn die tiefen Nähte sehr weitfassend angelegt und sehr straff, unter abnorm grosser Spannung zugezogen werden. Es dürfte sich daher speziell bei der Naht des queren Fundalschnittes empfehlen, die tiefen Nähte nicht so weitfassend anzulegen und sie nur unter mässiger Spannung zuzuziehen, wie sie eben noch zur exakten Aneinanderfügung der dicken Wundränder hinreicht. Denn es handelt sich hier ja nicht um Massen-Umstechungen und Parthienligaturen von grosser Festigkeit, sondern um die regelrechte Anlegung einer Knopfnaht mit normalen Spannungsverhältnissen. Es wird dann, wie ich glauben möchte, eine Gewebsnekrose im Bereiche der Naht nicht so leicht zu Stande kommen, da in Folge der mässigen Spannung die kapilläre Blutcirculation nicht ganz ausgeschaltet wird, so dass sie zur Ernährung der im Nahtbereich befindlichen Gewebsparthien noch ausreicht. Uebrigens kann vorläufig dem Everke'schen Falle der Fall von Fritsch und mein Fall gegenübergestellt werden, bei welchen keine Nekrose und kein Klaffen der Uteruswunde beobachtet worden ist. Ein einzelner Fall, so beachtenswerth er auch an sich sein mag, kann meines Erachtens doch noch nicht ausschlaggebend sein für das häufigere Vorkommen eines solchen folgenschweren

Ereignisses und für den von Everke angezogenen ätiologischen Zusammenhang, da ja in seinem Falle noch die Möglichkeit offen bleibt, dass die Gewebsnekrose durch andere Momente, zu grosse Spannung der Uterusnähte, starke Anämisirung des Uterusgewebes durch die vorhergegangene atonische Uterusblutung, Fieber etc., begünstigt wurde. Haben ja doch die Sektionen von letal abgelaufenen Kaiserschnittfällen mit vorderem Längsschnitt vielfach analoge Befunde der Uteruswunde ergeben, wobei die hier angezogenen Everke'schen Darlegungen sicherlich keine ätiologische Rolle spielen konnten. Nach alledem kann ich mich der Meinung Everke's nicht anschliessen, dass der quere Fundalschnitt aus diesem Grunde zu verwerfen sei, möchte es aber auf Grund der Erfahrung des Everke'schen Falles für sehr empfehlenswerth halten, bei der Naht des queren Fundalschnittes auf die Vermeidung abnormer Spannungsverhältnisse ein besonderes Augenmerk zu richten.

Der zweite und dritte Punkt der Einwände von Everke lassen sich von einem gemeinschaftlichen Gesichtspunkt aus besprechen. Beim queren Fundalschnitt deckt sich nämlich die Nahtlinie der Uteruswunde nicht mit der der Bauchdeckenwunde, sondern sie ist der freien Bauchhöhle zugewendet. Es besteht demnach Incongruenz der beiden Nahtlinien. Daraus resultiren dieselben Bedenken, die bereits Sänger mit Recht gegen den hinteren Uterusschnitt geltend gemacht hat: Mögliche Verwachsung des Uterus, hier seiner hinteren Fläche mit dem Douglas, dort seines Fundus mit Darm, Netz, Magen etc. Die Sekrete haben ferner bei etwa doch eintretender Dehiscenz der Wunde nach gemachter Naht keinen unmittelbaren Ausweg. Diese Nachtheile kommen sonach nicht dem queren Fundalschnitt als solchem zu, sondern sie sind jeder Schnittart eigen, die nicht congruent mit der Richtung des Bauchdeckenschnittes geführt wird. (Hinterer Uterusschnitt, tiefer Querschnitt.) Man befindet sich da in einem Dilemma. Das, was vom idealen Standpunkt als Nachtheil des vorderen Längsschnittes bezeichnet werden muss, nämlich die aus der Congruenz der beiden Nahtlinien resultirende Bauchdeckenverwachsung des Uterus und die eventuelle Entstehung von Uterus-Bauchdeckenfisteln, kann für die Patientin bei primären Störungen des Heilverlaufes der Uteruswunde zum Vortheil werden. Die vordere Fläche des Uterus lagert sich nämlich in Folge der Verwachsung subperitoneal an die Bauchdecken an, wodurch alle weiteren Vorgänge in der Uteruswunde von der Bauchhöhle abgekapselt sind. Die Sekrete des Uterus können auf dem Wege der mit einander kommunizirenden Uterus- und Bauchdeckennähte wie durch eine Art von Nahtdrainage nach Aussen abgeleitet werden. Aber man kann schon von vorneweg einwenden, dass diese Congruenz der Uterus- und Bauchdeckennahtlinien, wie sie der vordere Längsschnitt mit sich bringt, auch wieder Gefahren für die Uteruswunde nach sich zieht, da ja umgekehrt primäre Störungen in dem Heilverlaufe der Bauchdeckenwunde auf dem Wege der Contakt-Infektion weiter in das Gewebe und selbst in

das Innere des Uterus gelangen können. Die von Everke dem vorderen Längsschnitte zugesprochenen Vortheile können sonach doch auch wieder mit Nachtheilen verbunden sein. Nichtsdestoweniger halte ich dafür, dass die von Sänger und Everke gegen die incongruenten Uterusschnittarten geäusserten Bedenken zu Recht bestehen und schliesse mich ihnen, wie ich dies schon bei Besprechung des hinteren Uterusschnittes gethan habe, auch hier an. Diese Bedenken werden mich aber nicht abhalten, in meinen nächsten Kaiserschnittfällen wieder den queren Fundalschnitt anzuwenden. Ich habe nämlich grosses Vertrauen zu dem Silkworm als Nähmaterial. Ich glaube, dass bei Verwendung dieses reizlosen Materials zur Uterusnaht Stichkanal-Eiterungen und Abscesse soviel wie ausgeschlossen sind. Ich verwende bereits seit zwei Jahren bei meinen Laparotomien zur Bauchdeckennaht ausschliesslich Silkworm (tiefe Knopfnähte) und habe bei meinen Fällen seit dieser Zeit keine Bauchdeckenabscesse mehr gesehen. Was Kaiserschnittfälle betrifft, so habe ich Silkworm allerdings erst in zwei Fällen zur Uterusnaht in Anwendung gezogen, war aber mit dem Erfolg sehr zufrieden und werde in meinen nächsten Fällen wieder Silkworm verwenden.

Was die Verwachsungen betrifft, zu denen der quere Fundalschnitt disponirt, so glaube ich, ohne im Geringsten die Möglichkeit ihres Zustandekommens leugnen zu wollen, dass ihnen im Allgemeinen nicht eine so eminent pathologische Dignität zukommen dürfte, wie dies Everke anzunehmen geneigt scheint. Wir sehen ja bei verschiedenen Heilungsvorgängen nach peritonealen Operationen, z. B. bei der vaginalen Uterusexstirpation mittelst Klemmen, wobei der peritoneale Nahtverschluss durch Gazedrainage ersetzt wird, dass sich solche Darmverwachsungen zum Zwecke der Abdachung und Abkapselung der peritonealen Oeffnung ganz von selbst und regelmässig bilden. Sie dürften wohl später, wie dies Landau (die vaginale Radicaloperation von Leopold und Theodor Landau) annimmt, durch die Wirkung der Peristaltik wieder wettgemacht werden. Das spätere gute Befinden der Patientinnen lässt wenigstens nicht auf bleibende, schwere, intestinale Verwachsungen schliessen. Auch im Anschluss an die konservativen abdominalen Myom-Enucleationen nach A. Martin, bei welchen durch die Vernähung des Geschwulstbettes am Uterus analoge Verhältnisse wie beim Kaiserschnitt geschaffen werden, pflegen schwere Formen von intestinalen Verwachsungen nicht vorzukommen, wie ich mich in mehreren eigenen Fällen überzeugen konnte. Auch meine zwei Kaiserschnittfälle, bei welchen ich den hinteren Uterusschnitt und den queren Fundalschnitt zur Anwendung brachte, haben keine wesentlichen Verwachsungen dargeboten. Damit soll übrigens nicht in Abrede gestellt werden, dass sich immerhin Fälle ereignen können, bei denen in Folge des von Everke betonten Zusammenhanges schwere, intestinale Verwachsungen eintreten.

Zum Schluss will ich zu Gunsten des queren Fundalschnittes noch einer Erwägung Raum geben und zu deren Begründung

einige Gesichtspunkte mehr allgemeiner Natur heranziehen. Ich habe die Auffassung, dass beim Kaiserschnitt jene Schnittmethode vorzuziehen und als die idealere zu bezeichnen sei, die nicht congruent mit dem Bauchdeckenschnitt verläuft, vorausgesetzt, dass sie auch in ihren sonstigen Beziehungen zweckmässig ist. Dies alles scheint mir beim queren Fundalschnitt zutreffend zu sein. Eine solche mit dem Bauchdeckenschnitt incongruente Schnittanlage des Uterus ermöglicht es nämlich, die genähte Uteruswunde rein intraperitoneal zu versorgen. Das, was mit dem vorderen Längsschnitt hergestellt wird, ist meines Erachtens doch nur mehr eine Art extraperitonealer Anlage der Uteruswunde, wobei man sich eine Drainage nach aussen durch die zwei übereinandergelagerten Naht-Etagen für eventuelle Störungen des Wundverlaufes in Reserve hält. Richtiger in Bezug auf Erreichung der Primaheilung der Uteruswunde scheint es mir zu sein, dieselbe nach gemachter Naht, wenn nicht ganz spezielle Contraindikationen vorliegen, in gar keinen, wenn auch nur mittelbaren Contakt mit der Aussenwelt zu bringen, sondern sie einfach in die Bauchhöhle zu versenken, wie man heute allgemein die Stiele bei Ovariotomien und Hystero-Myomotomien nach dem allmählichen Aufgeben der früheren extraperitonealen Methoden in gleicher Weise rein intraperitoneal versorgt. Ich übersehe hierbei keineswegs die Thatsache, dass bei der Kaiserschnittwunde wesentlich andere Verhältnisse obwalten, als bei den Ovariotomien und Hystero-Myomotomien. Ein solches rein intraperitoneales Vorgehen stellt hier jedenfalls die höchsten Anforderungen an die Asepis der ganzen Operation und an die Erreichung eines glatten, primären Heilverlaufes der Uteruswunde. Aber andererseits dürfte bei der fortgesetzt höheren Entwicklung der Operations- und Nahttechnik des Kaiserschnittes auch die Sicherheit des Erfolges immer grösser und deshalb Störungen im Heilverlaufe der Uteruswunde immer seltener werden.

Everke hat übrigens die von Fritsch erwähnten Vortheile des queren Fundalschnittes mit Ausnahme der Blutstillungsverhältnisse bestätigt und hat selbst noch einige beachtenswerthe Vortheile hinzugefügt, bezüglich deren ich auf seine Mittheilung in dieser Monatsschrift verweise.

Sänger (siehe seine Kaiserschnitt-Monographie Seite 185) erwähnt noch den schrägen Lappenschnitt in der Medianlinie nach Malgaigne und den Diagonalschnitt. Da jedoch diese seltenen Schnittarten keine ausgedehntere praktische Verwendung gefunden haben, so will ich hier nicht näher auf dieselben eingehen.

Nachdem ich in Obigem die verschiedenen Schnittarten des Uterus beim konservativen Kaiserschnitt mehr von allgemeinen Gesichtspunkten aus besprochen habe, will ich in dem nächstfolgenden, spezielleren Theile meiner Arbeit nochmals auf den hinteren Uterusschnitt zurückkommen.

Mit Berufung auf meinen eigenen Fall will ich diese Schnittmethode noch in ihren Besonderheiten und Beziehungen zu

einigen Complikationen gewisser Kaiserschnittfälle kritisch beleuchten. Ich werde an der Hand dieser Fälle den Beweis erbringen, dass es, wenn man auch von der Verallgemeinerung dieser Schnittart vollkommen absieht, doch eine, wenn auch vielleicht kleine Zahl von Fällen giebt, bei welchen der hintere Schnitt eine sehr zweckmässige Verwendung findet.

Die eine Kategorie dieser Fälle schliesst sich eng an meinen Fall an. Sie betrifft solche allerdings seltene Fälle, bei denen nach dem ersten konservativen Kaiserschnitt eine Uterus-Bauchdeckenfistel zurückgeblieben ist. In Folge erneuter Schwangerschaft kann in solchen Fällen die Nothwendigkeit eintreten, einen zweiten konservativen Kaiserschnitt machen zu müssen. Dann wird es mit Rücksicht auf die vorhandene Fistelkomplikation zweckmässig sein, den Schnitt auf die hintere Fläche des Uterus zu verlegen, weil man durch diesen Vorgang zugleich auf die einfachste und kürzeste Weise die definitive Heilung der Fistel erreicht. Nachtheilige Folgen, welche sich aus der Verlegung des Schnittes auf die hintere Uterusfläche ergeben könnten, sind nicht zu besorgen, wie mein Fall gleichfalls gezeigt hat. Denn ich fand den Uterus bei der Entlassung der Patientin, wie ich hier nochmals nachdrücklich betone, in normaler Anteflexionsstellung und vollständig frei von hinteren Verwachsungen irgend welcher Art, sodass sich der Verlauf meines Falles auch in dieser Beziehung vollständig normal gestaltet hatte. Man könnte allerdings einwenden, dass die Heilung der Uterus-Bauchdeckenfistel auch dadurch hätte erzielt werden können, dass man die Narben seitens der ersten Operation ihrer ganzen Länge nach im Uterus und in der Bauchwand einschliesslich des Fistelganges excidirt hätte und dann Bauch- und Uteruswunde so geschlossen hätte, wie bei einer ersten Operation. Allein eine solche mühsame und zeitraubende Narben-Präparation wollte ich im Interesse der Patientin nicht machen. Indem ich daher mein Vorgehen für das zweckmässigere halte, berufe ich mich hierbei auf den so überaus günstigen Heilerfolg meines Falles, der wohl von selbst am besten für die Richtigkeit meines eingeschlagenen Verfahrens spricht. Bleibt ja doch auf operativem Gebiete der Erfolg stets und in erster Reihe ausschlag- und massgebend.

Zur Zeit, als ich meinen Fall operirte (28. Februar 1896) hatte Fritsch seinen queren Fundalschnitt noch nicht publicirt. Ich glaube, dass dieser Schnitt von Fritsch in meinem Falle ähnliche gute Dienste geleistet hätte, wie der hintere Schnitt. Kam es ja doch im Wesentlichen nur darauf an, durch Verlegung des Uterusschnittes aus dem Bereiche der vorderen Uteruswand eine vollständige Incongruenz der neuen Uterus- und Bauchdeckennahtlinien herzustellen, welcher Bedingung auch durch Verwendung des queren Fundalschnittes entsprochen worden wäre. Denn der Schwerpunkt der Sache liegt nicht so sehr in der Wahl des hinteren Schnittes, als vielmehr in der Herstellung einer ausgiebigen Incongruenz der neuen Uterus- und Bauchdeckennahtlinien.

Eine zweite Kategorie von Fällen, bei welchen der hintere Schnitt in rationeller Weise verwerthet werden kann, sind Schwangerschaftsfälle, welche mit Myomen komplizirt sind. Ohne auf diese in ihrer Casuistik sehr umfangreichen Geburtscomplikationen näher einzugehen, will ich nur darauf hinweisen, dass Sänger (siehe seine Kaiserschnitt-Monographie, I. Theil) durch kritische Sichtung der in dieses Capitel einschlägigen Fälle wichtige, konservative Gesichtspunkte gegenüber der damaligen, häufig kritiklosen Verallgemeinerung der Indikationen zur Porro-Operation aufgestellt hat. Sänger hat durch seine Ausführungen gezeigt, dass es durchaus nicht immer gerechtfertigt ist, in Fällen, welche mit Uterusmyomen komplizirt sind, stets und unter allen Umständen auch den Uterus mit fortzunehmen, was gleichbedeutend ist mit der Vornahme der Porro-Operation. Man wird vielmehr nach Sänger bei einzelnen Fällen dieser Art mit der Ausführung der klassischen Sectio caesarea als der zunächst indicirten, entbindenden Operation allein auskommen. Dann wird es des Weiteren Fälle geben, bei welchen man sich vorläufig auf die blosse Vornahme des Kaiserschnittes als einfachstes und bestes Verfahren beschränkt und sich die Myom-Operation für später vorbehält. Es wird sonach eine Anzahl von Fällen dieser Art übrig bleiben, die nicht der verstümmelnden Porro-Operation geopfert werden müssen, sondern bei denen vielmehr die Indikation der klassischen Sectio caesarea zu Recht bestehen bleibt. Nehmen wir demnach an, es handle sich um Vornahme des konservativen Kaiserschnittes in einem Falle, bei welchem die vordere Corpuswand so mit Myomen durchsetzt ist, dass eine Incision derselben wegen Gefahr grosser Blutung unzulässig erscheint. Es wird dann, um eine normale Schnittfläche zu bekommen, die hintere Uteruswand in ganz rationeller Weise herangezogen werden können, vorausgesetzt, dass letztere frei von Myomen ist. Sänger spricht sich in seiner Kritik des Storer'schen Kaiserschnittfalles (siehe Sänger's Kaiserschnitt-Monographie, Seite 44) im ähnlichen Sinne aus.

Storer hatte den Uterus quer durch die Tumorenmassen abtragen müssen (partielle Myomotomie, Storer-Operation nach Sänger), weil „der (primäre) Uterusschnitt in der vorderen Uteruswand durch multiple Fibrome hindurch ging und desshalb die (bei dem beabsichtigten konservativen Kaiserschnitt vorzunehmende) Uterusnaht gegen die enorme Blutung nicht ausführbar erschien." Es war sonach das Verfahren von Storer gewissermassen ein Nothverfahren.

Sänger bemerkt hierzu: „Die hintere Uteruswand war allerdings soweit frei von Geschwülsten, dass Storer in seinem Falle vielleicht hätte hier einschneiden können, um eine normale Schnittfläche zu bekommen. Ob er daran dachte, ist nicht erwähnt." Wenn sonach Storer unter den gegebenen Verhältnissen den hinteren Uterusschnitt zur Ausführung gebracht hätte, so hätte dies Sänger ganz rationell befunden. Denn in dem

Storer'schen Falle wäre ein konservatives Vorgehen nur durch Benutzung des hinteren Uterusschnittes möglich und ausführbar gewesen. Sänger hatte in einem eigenen Kaiserschnittfall zunächst den hinteren Uterusschnitt gemacht, weil die vordere Uteruswand von einem kindskopfgrossen Myom eingenommen war. Die weiteren Verhältnisse des Falles bestimmten ihn jedoch, von dem beabsichtigten konservativen Vorgehen Abstand zu nehmen und die Porro-Operation anzuschliessen. Es sind sonach die Fälle, bei welchen der hintere Uterusschnitt eine rationelle Verwerthung finden kann, nicht abstrakter Natur, sondern sie stehen vielmehr auf konkreter Grundlage, die durch die jeweiligen pathologisch-anatomischen Verhältnisse wohl begründet erscheint. Ja es ergiebt sich aus diesen Beziehungen, dass es derartige Fälle geben kann, bei denen der hintere Uterusschnitt, wenn man überhaupt konservativ vorgehen will, bezüglich seiner Ausführbarkeit der einzig mögliche ist.

Ein Analogon seiner Verwendung kann in manchen Fällen, wie ich glauben möchte, auch der neue quere Fundalschnitt nach Fritsch in Anspruch nehmen. Es kämen hierbei solche Fälle in Betracht, bei welchen sowohl die vordere als auch die hintere Wand des Uterus vollständig mit Myomen durchsetzt wäre, sodass wegen Blutungsgefahr weder der vordere noch der hintere Längsschnitt ausgeführt werden könnte. Um in einem solchen Falle eine normale Schnittfläche zu erhalten, könnte der Fundus-Abschnitt herangezogen werden, falls dieser frei von Myomen ist. Es würde sich dann von selbst ergeben, dass der Fundalschnitt in querer Richtung anzulegen wäre, da er sonst sich bei sagitaler Schnittrichtung in das Myombereich erstrecken würde. Der quere Fundalschnitt nach Fritsch würde daher in einem solchen Falle nicht mehr Methode der freien Wahl, sondern Methode des Zwanges sein und könnte sonach auch für solche komplizirte Verhältnisse dienstbar gemacht werden.

Aus Obigem dürfte es sich ergeben, dass in Bezug auf die Wahl des Uterusschnittes beim konservativen Kaiserschnitt zumindest ein gewisser Spielraum, ein mannigfaches Vorgehen zulässig ist, dass ferner der zur Zeit weitaus am häufigsten angewandte vordere Längsschnitt nicht immer als der einzig unentbehrliche und unter allen Umständen zweckmässigste Schnitt zu gelten hat, und dass es deshalb wohl am richtigsten sein dürfte, mit Berücksichtiguug auch der anderen beachtenswerthen Schnittmethoden die Wahl des Uterusschnittes den jeweiligen individuellen Verhältnissen des betreffenden Kaiserschnittfalles anzupassen.

III.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Innsbruck.

Ueber einen seltenen Fall von ungewöhnlich starken Darmblutungen kurz vor der Geburt bei gleichzeitiger Schwangerschaftsnephritis.

Von

E. EHRENDORFER.

Gehen unter dem Einflusse der Schwangerschaft auf eine uns noch nicht klare Art, selbst schon recht frühzeitig, Veränderungen in den Gefässknäueln der Niere und auch in anderen Gefässen gewisse Veränderungen (Varices) vor sich, so können durch zunehmende krankhafte Vorgänge in den Nieren überhaupt, wie dieses bei der chronischen interstitiellen Nephritis beobachtet worden ist, unter den Zeichen einer haemorrhagischen Blutdissolution, Veränderungen der Gefässwände an verschiedenen entfernten Orten zu stande kommen, welche zu Blutaustritten und endlich zu stärkeren Blutungen führen können. Neben dem am häufigsten beobachteten, wiederholten Nasenbluten kommt es bekanntlich zuweilen, unter Eintritt urämischer Erscheinungen, zu Gehirnblutungen, zu zahlreichen Blutaustritten in der Haut (Petechien) und zu solchen an den Schleimhäuten, so z. B. der Mundhöhle, der Luftröhrenverzweigungen, des Magens und des Darmes.

Bei den vorgeschrittenen Formen der entzündlichen Nierenerkrankung (chronisch-interstitielle Nephritis — chronische Uraemie) finden wir neben Verfettung der Drüsenzellen der Schleimhäute ein starkes Oedem derselben und Zeichen von Catarrh, welche Veränderungen in Folge Reizung durch stickstoffhaltige Harnbestandtheile, welche speciell durch die Darmschleimhaut bei der unzureichenden Nierenthätigkeit zur Ausscheidung gelangen, erzeugt werden. Bisweilen werden, zumal bei der parenchymatösen Form der Nierenerkrankung, als Folgezustand Gewebszerfall der Schleimhaut im Darme, besonders im Dickdarme, mit Geschwürsbildung und dysenterischen Erscheinungen beobachtet, wobei nekrotische Gewebsfetzen mit dem ungemein stinkenden Darminhalte abgehen können. Hauptsächlich bei der Nierenschrumpfung werden bei Vorhandensein oder auch Fehlen urämischer Erscheinungen — zumeist beim Fehlen stärkerer wassersüchtiger Anschwellungen — mässige Blutungen aus den nicht wesentlich veränderten Schleimhäuten zeitweilig beobachtet, die gewöhnlich im Falle von Wiederholungen als Vorboten des nahe

bevorstehenden Todes gelten. A. Bartels[1]) beschreibt einen von ihm im Jahre 1873 beobachteten, hierher gehörigen ähnlichen Fall, betreffend einen 32 Jahre alten Mann mit genuiner Nierenschrumpfung und Hypertrophie des linken Ventrikels, welcher 10 Tage vor seinem Tode täglich wiederholte starke Blutentleerungen per Anum hatte. Dazu blutete derselbe auch aus punktförmigen bis erbsengrossen Ecchymosen der Nasen- und Mundschleimhaut, aus welchen Stellen das Blut beständig aussickerte. Vor dem Tode traten noch urämische Anfälle auf. Der Sektionsbefund gab keine Auskunft über den Grund der aus weit von einander entfernten Schleimhäuten stattgehabten Blutungen. Nach den gepflogenen Untersuchungen des erwähnten Autors konnte weder ein Ammoniak- oder grösserer Wassergehalt des Blutes, noch endlich eine besondere Spannung des Aortensystems eine Veranlassung dazu gegeben haben. Die mässig ausgedehnten Därme enthielten höher oben stark ammoniakalisch riechenden Chymus, die Schleimhaut derselben war mässig injicirt, schiefrig gefärbt, mit einzelnen Ecchymosen versehen. Die des Blinddarmes stellenweise stark injicirt, von dunklen, theerartigen Massen bedeckt.

Im Anschluss an diesen aus der mir zugänglichen Litteratur bekannten Fall von starker Darmblutung bei Nierenschrumpfung, sei ein Fall einer heftigen Darmblutung bei Nephritis einer Hochschwangeren, welche diesen Blutungen nicht selbst erlag, aber ihr Kind dabei verlor, im Nachstehenden näher beschrieben.

C. v. P. aus I. in Tirol, 22 Jahre alt, verheirathet, erblich belastet. Der Vater starb an einem schweren Nervenleiden, die Mutter leidet an verschiedenen nervösen Zuständen, eine Schwester ist taub.

In der Jugend kräftig und gesund, soll die Kranke im 15. Lebensjahre abgemagert sein und ihre Kraft verloren haben. Sie litt zeitweilig an verschiedenen neurasthenischen Zuständen, später an hysterischen Lähmungen, so dass sie längere Zeit im Rollwagen gefahren werden musste. Sie erholte sich dann wieder und heirathete etwa vor einem Jahre. Am 17. III. 1896 hatte sie ihre letzte Periode, die bis dahin ziemlich regelmässig verlaufen war, bekam bald Ueblichkeiten und später ein hartnäckiges Erbrechen, gegen welches von ärztlicher Seite, trotz Anwendung verschiedenster Mittel, durch eine Reihe von Wochen fruchtlos angekämpft worden war. Zuweilen sollen nervöse Erregungen eingetreten sein, wie z. B. eine auffällige Heiterkeit, auf welche Weinkrämpfe folgten u. s. w.

Im 6. Lunarmonat der Schwangerschaft liess das Erbrechen nach, die Ernährung hob sich etwas, die früher verminderte Harnausscheidung wurde wieder reichlicher.

Im September 1896 bekam ich die Kranke in Behandlung. Die mässig genährte schlank gebaute Frau sah etwas blass und im Gesicht leicht gedunsen aus, hatte ziemlich stark geschwollene Beine, konnte sich aber trotzdem recht leicht bewegen. Ausser dem Gesicht waren auch die Hände etwas geschwollen (Hydrops-Anasarca). Der Harn enthielt reichlich Eiweiss mit epithelialen Cylindern. Die Schwangerschaft entsprach der Zeit von dem Ausbleiben der Regel, die Frucht lebte. Durch einige Wochen wurden nun verschiedene Diuretica, Milchcur und zeitweilig laue Bäder mit wechselndem Erfolge angewendet. Die tägliche Harnmenge betrug durch-

[1]) von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, VI. B., I. Heft, pag. 142. 1877.

schnittlich etwas weniger als ein halbes Liter. Die Anschwellungen nahmen nur mässig zu, das Befinden der Kranken war ein wechselndes, doch leidliches. Es stellten sich keinerlei bedrohliche Erscheinungen ein.

Am 18. XI. soll sich die Kranke durch einen Diätfehler den Magen verdorben haben, bekam darauf mehrmals Diarrhöe. Den 19. XI. traten nach grösserer Unruhe 7 eclamptische Anfälle von beträchtlicher Heftigkeit, jedesmal in Zwischenräumen von etwa 1¼ Stunden, unter steter Bewusstlosigkeit, auf. Bei dem ersten im unbewachten Augenblick ausgebrochenen Anfalle wurde die Zunge an zwei seitlich gelegenen Stellen durch Biss erheblich verletzt. Zwei Morphiuminjectionen schienen keinen Einfluss auszuüben, nach einem Chloralhydratklysma trat auffällig rasch Beruhigung ein und kam die Kranke (nach dem 7. Anfalle) gleich darauf zu sich. Seither traten die Anfälle nie mehr auf. Die Kranke, die gesprächig und im Ganzen guter Laune war, blieb von da an im Bette, litt öfters an Visionen und Hallucinationen und sah besonders mit ihrem rechten Auge alles undeutlicher, mehr trübe. Die Zungenwunden haben sich indessen unter Anwendung einer verdünnten wässerigen Salicylsäurelösung gereinigt, die dick geschwellte Zunge ist allmählich abgeschwollen. Strenge Milchdiät. Inzwischen verschwanden die Oedeme an den Extremitäten vollständig, der dunkle, stets eiweisshältige Urin wurde in vermehrter Menge gelassen. Zeitweilig traten Nasenbluten und Kopfschmerzen ein. Des Nachts wurde die Kranke häufiger etwas unruhiger und besonders waren es die Wadenmuskeln, in welchen lebhafte Zuckungen wiederholt stattfanden. Die Kranke beklagte sich über ihre „nervösen, zappeligen" Füsse. Feuchtwarme Einpackung der Unterschenkel in mit Essigwasser getauchte Tücher, sowie zeitweilige Verwendung von Morphiumzäpfchen schafften entschieden Erleichterung. Bei der inneren Untersuchung fand man den Scheideneingang und die Scheide sehr enge, der Cervix stand sehr hoch und war nach hinten gerückt, schwer erreichbar und lang. Das ganze Genitale bei Berührung ungemein empfindlich, geradezu schmerzhaft. Die Frucht in Kopflage, die foetalen Töne links laut und deutlich wahrnehmbar (Mitte Dezember).

Am 19. XII. bekam die Kranke unter lebhaften kolikartigen Schmerzen einen reichlichen Stuhlgang, wobei wenig Koth, dafür aber viel dunkles und ganz hellrothes in flachen Stücken geronnenes Blut abging. Dies wiederholte sich im Verlaufe von mehreren Stunden 4—5 mal und gingen im Ganzen mehrere handvoll geronnenes, nebstbei auch flüssiges Blut ab. Die Temperatur blieb dabei normal, der Puls wurde etwas kleiner und rascher. Bei der Untersuchung nach der Quelle der Blutung, die unzweifelhaft aus dem Darme stattfand, liess sich auch bei genauem Auseinanderziehen der Analöffnung kein etwa blutender Haemorrhoidalknoten auffinden, der Mastdarm erwies sich, eine geraume Zeit vor einer neuen Blutung, als leer. Opiumclystiere beruhigten die Schmerzen im Darme, die Blutungen setzten länger aus. Die Kranke fühlte ihren Kopf vollständig frei und die Visionen haben ganz aufgehört. Kaum hatte sich aber die Patientin etwas erholt, begannen nach einer Reihe von Stunden die Blutabgänge von Neuem. Man sah hauptsächlich frischgeronnenes Blut mit Darmschleim und sonst äusserst stinkendem Darminhalt vermischt. In der Nacht vom 19. zum 20. Dezember wurden die kindlichen Herztöne noch deutlich wahrgenommen. Am 20. Dezember nach Mitternacht traten — am richtigen Schwangerschaftsende — Geburtswehen ein. Gegen Morgen sah ich die Kranke wieder, sie war sehr aufgeregt, sehr blass, ihr Puls leicht unterdrückbar, klein, sie fühlte sich sehr schwach. Der Muttermund dem Verstreichen nahe, der Kopf in der Beckenmitte, kindliche Herztöne jedoch keine mehr zu hören. Unter zeitweiligem Abgang von bräunlich-blutigem, aashaft stinkendem Darminhalte — löst eine kräftige Wehe die andere ab. Um ¾8 Uhr früh erfolgte der Blasensprung, bald darauf wurde der Kopf unter ganz herzhaftem Mitpressen sichtbar und wurde, kaum, dass Zeit zum Dammschutze war, rasch geboren. Der ganz frisch todtgeborene Knabe sah ungemein bleich aus, hatte die gewöhnliche Länge einer ausgetragenen Frucht, einen schmächtigen, länglichen Kopf und einen auffällig mageren Körper. Nach einer Stunde folgte unter Beihilfe eines mässigen Druckes die ganze Nach-

geburt mit dem nicht merkbar veränderten Fruchtkuchen. Bis dahin floss zeitweilig aus dem After ganz unwillkürlich blutiger flüssiger und sehr übelriechender Darminhalt ab.

Die Kranke, die vollständig bei Bewusstsein war, sah sehr blass aus. Der Puls klein 120, Temperatur normal. Die Kranke fühlte sich recht matt, wozu noch die trübe Stimmung über den Tod des ersehnten Kindes hinzu kam. Sie bekam wiederholt Erfrischungsmittel, Champagner u. s. w.

Am 21. XII., als sich die Kranke wieder ein wenig erholt hatte, versuchte die Hebamme mit einem Catheter den Harn zu entleeren, ermüdete und regte die Kranke durch längeres Suchen nach der etwas tief liegenden Harnröhrenöffnung so auf, dass ein schwerer Ohnmachtsanfall, von mehrstündiger Bewusstlosigkeit begleitet, auftrat. Ich fand die Kranke später leichenfahl, oberflächlich athmend, der Puls sehr klein, die Gliedmassen kühl; kurz, sie machte den Eindruck einer Sterbenden. Nach Anwendung von Excitantien kam sie wieder zu sich und erholte sich im Laufe einiger Tage. Am 26. XII. trat ein starker Ausfluss aus der Scheide aus, welcher trotz fleissiger Ausspülungen aashaft roch, und später bräunliche Gewebsfetzen — brandiges Gewebe der oberflächlichen inneren Uterusauskleidung — enthielt. Temperatur normal, Puls immer bei 120 herum. Auf eine vorsichtige Ausspülung der Gebärmutterhöhle mit verdünnter Salicyllösung (Bozeman-Fritsch's Katheter) trat nach einiger Zeit ein starker Schüttelfrost ein, die Temperatur stieg rasch auf 40°, der Puls betrug 140 Schläge, der Leib ward aufgetrieben, die Uterusgegend sehr schmerzhaft. Die sonst geduldige Kranke wurde ungemein erregt und stiess laute Klagerufe aus. Auf einige Opiumclysmen und Application von Eisbeuteln auf den Leib verschwanden nach Verlauf einiger Stunden die Schmerzen vollständig und war am nächsten Tage der Zustand wieder wie zuvor. Der braune, äusserst stinkende mit nekrotischen Gewebsfetzen untermischte Ausfluss dauerte bei ganz normaler Temperatur noch mehrere Tage fort, um schliesslich aufzuhören. Die geschwächte Kranke, die sich allmählich erholte, blieb noch mehrere Wochen zu Bett, wurde wieder heiter und gesprächig, bekam aber bei jedesmaligem Verlassen des Bettes unangenehme Muskelzuckungen und darauf lang anhaltende hysterische Krampfanfälle. Anschwellungen der Gliedmassen haben sich keine mehr eingestellt, der Eiweissgehalt im Harne, der ziemlich rasch sich vermindert hat, ist schliesslich verschwunden. Während eines längeren Aufenthalts im Süden erholte sich die Kranke, das Augenlicht, das links wesentlich geschwächt, auf dem rechten Auge durch Wochen fast gänzlich verloren gegangen war (Retinitis albuminorrhoica) hat sich entschieden gebessert, und schliesslich befand sich die Kranke, welche nach so kurzem ehelichen Glücke all das schwere Ungemach mit erstaunlicher Geduld und Fügsamkeit ertragen hatte, nach einigen Monaten in einem Zustande, wie er etwa vor der Schwangerschaft war. Nur die Sehschärfe am rechten Auge hat anscheinend dauernd eine beträchtliche Einbusse erlitten.

Ueberblicken wir diese in ihren Hauptzügen dargestellte Geburts-, besser gesagt Leidensgeschichte einer bedauernswerthen Frau, die mehrmals mit dem Tode gerungen, so nimmt sie in mehrfacher Hinsicht unser Interesse in Anspruch. Zuerst ersieht man daraus, wie zweckmässig es ist, gegen die Verehelichung eines jungen Mädchens, das, erblich belastet, bereits ein schweres Nervenleiden durchgemacht und nur anscheinend sich wieder erholt hat, von ärztlicher Seite entsprechende Bedenken zu erheben, beziehungsweise zur rechten Zeit davon abzurathen. Das unstillbare Erbrechen, von dem Patientin in früher Schwangerschaftszeit befallen worden, dürfte wohl wesentlich in seinem ursächlichen Zusammenhange mit ihrem Nervenleiden (Hysterie) gestanden sein, die Schwangerschaft-Nephritis hat dabei wohl kaum noch eine Rolle gespielt, umsomehr als das Erbrechen zu einer

Zeit aufgehört hatte, als gerade allgemeines Hautoedem und reichlicher Eiweissgehalt im Harn nachzuweisen waren. Warum wurde hier keine künstliche Frühgeburt eingeleitet, wird Mancher fragen, da hätte man doch die Krankheit abgekürzt und manches Unheil wahrscheinlich doch verhüten können? Die Gründe, warum dieser Eingriff unterblieb, waren hauptsächlich darin gelegen, dass die Kranke und ihr Mann (schon aus religiösen Bedenken) davon Nichts wissen wollten und jede Auseinandersetzung in dieser Richtung die Kranke in unangenehme Erregung versetzte. Selbst der Gebrauch von lauen Bädern erregte ihren Verdacht, es sei dies nur ein Versuch ihre Schwangerschaft zu unterbrechen. Uebrigens wäre jedwede Eingriffsvornahme schon wegen der überaus grossen Empfindlichkeit sowie Enge der Geburtswege und der schweren Zugänglichkeit des Mutterhalses nur in Narkose möglich gewesen, gegen deren Vornahme beide Theile sich ganz entschieden aussprachen und die auch im Hinblick auf den allgemeinen Zustand der Frau (vielleicht wäre es wiederholt nöthig gewesen) durchaus nicht räthlich erschien. Endlich nahmen im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft bei Ruhelage, Milchdiät und Bäderbehandlung die Oedeme rasch ab und war, bis auf die Verschlechterung des Sehvermögens, eigentlich keine dringende Anzeige zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft gegeben.

Bezüglich der sieben eclamptischen Anfälle, welche im Verlaufe eines halben Tages ganz typisch aufgetreten waren, sei als auffällig erwähnt, dass sich die Geburt nicht gleich an dieselben angeschlossen hat, was doch zumeist vorzukommen pflegt, ferner, dass sich die Anfälle später nicht mehr wiederholt haben, obwohl die gleichen Ursachen dazu noch vorhanden gewesen wären. Ja auch während der vorbereitenden Wehen, beziehungsweise dem Geburtsbeginne, hatte sich kein Anfall mehr ereignet. Erwähnen will ich, dass die Kranke nach Anwendung verschiedener Mittel gegen ihre hartnäckige Verstopfung zwei Tage vor den Anfällen versuchsweise auch eine geringe Menge Calomel (zusammen 0,6 in zwei Dosen) eingenommen und sich später über verdorbenen Magen beklagt hatte. War es nur ein Zufall oder sollte die geringe Menge Calomel hingereicht haben einen (Darm-) Reiz auszulösen, der etwa zwei Tage später zu den Anfällen führte? Jedenfalls dürfte es sich empfehlen in einem ähnlichen Falle die Verabreichung von Calomel auch in kleiner Menge besser zu vermeiden, beziehungsweise es möge zur Vorsicht mit diesem Mittel dabei gemahnt sein.

Hinsichtlich der ernsten Zungenverletzung, die gleich beim ersten Anfall eingetreten war, war es mit Rücksicht auf die Behandlung recht günstig, dass die Kranke nach einigen Stunden wieder zu sich kam. Die Blutung aus den Zungenwunden war keine beträchtliche, doch schwoll die Zunge stark an und entwickelte sich ein abscheulicher Geruch aus dem Munde, so dass es bald noch zu neuen Gefahren (septische Halsphlegmone, Glottisoedem, Schluckpneumonie u. s. w.) hätte kommen können.

Das Bemerkenswertheste jedoch an diesem Falle sind die so seltenen sehr starken Darmblutungen vor und während der Geburt. Bei dem ersten mässig blutigen Stuhlabgange musste an die Blutung aus einem Haemorrhoidalknoten gedacht werden. Doch weder aussen noch an der auseinander gezerrten Afteröffnung konnte etwas derartiges vorgefunden werden. Es konnte möglicherweise ein Blutaderknoten über dem Afterschliessmuskel sich befinden. Dagegen sprach die digitale Mastdarmuntersuchung, welche, etwa zwei Stunden nach einem blutigen Stuhle vorgenommen, den Mastdarm leer vorfand, der doch mit Blut angefüllt hätte sein müssen, wenn das Blut von unten hergekommen wäre, umsomehr als nicht lange Zeit darauf der blutige Abgang sich wiederholte. Da vor einer solchen Entleerung, unter Vorangehen kolikartiger Schmerzen, schubweise zum Theile hellrothes, flüssiges, zum Theile dunkles, frischgeronnenes Blut mit etwas flüssigem, aashaft stinkendem Darminhalt sich entleerte, so konnte man mit Berechtigung daraus schliessen, dass eine Blutung aus einem höher gelegenen Darmantheile vorliege, sei es nun aus einer geschwürigen Parthie des Darmes, sei es diffus aus einem stark congestionirten, im weiten Umkreise blutenden Schleimhautantheile des Darmes. Die flachen Blutklumpen, welche mehrere Leibschüsseln füllten, entsprachen gering geschätzt einem Verlust von etwa einem Liter Blut, so dass mit Berücksichtigung des flüssigen Blutabganges, welcher auch die Unterlagen stark durchtränkte, der Gesammtblutverlust im Verlaufe nicht ganz eines Tages bei $1^1/_2$ **Liter** betragen haben mochte. Bemerkenswerth ist es, dass nach dem ersten stärkeren Blutabgange die Kranke angab, sie fühle sich darnach entschieden erleichtert und wohler. Das früher fast stets vorhandene Kopfweh, beziehungsweise der Druck im Kopf, sowie auch die Visionen, haben von da an sogleich völlig aufgehört. Sollte das als eine Art von Aderlass, die Wirkung eines solchen auf eine derartige Affection nicht wieder im günstigeren Lichte erscheinen lassen?

Ausser der Gefahr, welche der kranken Frau von Seite der wiederholten Blutung gedroht hatte, hatte letztere zum Schluss das Leben der Frucht, die bis dahin nachgewiesener Maassen gelebt hatte, und die sonst wohl sicher bei den kräftigen Wehen lebend geboren worden wäre, kurz vor deren Geburt vernichtet. Die angewendeten kleinen Opiumclystiere haben die Schmerzen bedeutend herabgesetzt und die aufregenden blutigen Stühle stundenlang hintangehalten. Was das Kind betraf, so war dasselbe in Folge schlechter Ernährung der Mutter in der ersten, und der ziemlich dürftigen in der zweiten Schwangerschaftshälfte, wohl aus Mangel an Bildungsmaterial, recht mager geblieben, obwohl es entsprechend der Schwangerschaftszeit und und der abgeschätzten Länge der Frucht nach (Gewicht und Länge der frischtodten Frucht genau zu bestimmen, wurde leider in Folge der aufregenden Ereignisse im Privathause unterlassen) einer ausgetragenen Frucht entsprach.

Schliesslich ist hervorzuheben, dass im Wochenbette

Gangrän der oberflächlichen inneren Gebärmutterwand zu stande kam, so dass der Ausfluss ebenso aashaft roch, wie die blutigen Darmentleerungen vorher. Vielleicht beruhten beide Processe auf ähnlicher Ursache, oder es war unter dem Einflusse der kaum zu vermeidenden Genitalinfection und der sehr hochgradigen allgemeinen Anämie (Uterusanämie), eine jauchige Endometritis mit nekrotischem Gewebszerfall der Schleimhaut, so wie der oberflächlichen Wandschichten, entstanden. Die Ausspülung des Uterus erschien bei der beträchtlichen Jauchung angezeigt. Eine Perforation des Uterus schien, trotz der stürmischen Erscheinungen, im Hinblick auf die sehr vorsichtige Ausführung der Ausspülung mittelst des Bozemann-Fritsch'schen Katheters ausgeschlossen; wahrscheinlich sind eher durch die angeregte Kontraktion des Uterus giftige Stoffe weitergepresst worden oder in die Tuben eingedrungen. Bei einer Verletzung der Gebärmutter wären bei dem jauchigen Inhalte die stürmischen Erscheinungen auf die Anwendung von Eis und Opium kaum so rasch zurückgegangen. Wahrscheinlicher ist es, dass durch den Eingriff plötzlich eine acute Perimetritis erzeugt worden ist.

IV.

(Aus der geburtshülflichen Klinik des Johns Hopkins-Hospitals. — Prof. Withridge Williams.)

Bemerkungen zu den Arbeiten von Schnell, Wendeler und Goebel: „Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera".

Von

Dr. GEO. W. DOBBIN,

Geburtshülflicher Assistent am Johns Hopkins-Hospital, Baltimore.[1])

Im IV. Band der „Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie" berichtet Schnell über einen Fall von Querlage, bei dem die Hebamme, als sie sah, dass sie die Entbindung nicht vollenden könne, die Hülfe der Poliklinik in Würzburg anrief.

Eine zu dieser Zeit vorgenommene Untersuchung ergab I. Querlage, Arm in die Scheide vorgefallen, Schulter im Becken-Eingang. Es wurde versucht, zu wenden, was aber infolge des tetanischen Zustandes des Uterus nicht möglich war; unterdess starb das Kind ab.

Patientin wurde alsdann in die Klinik gebracht und am folgenden Tage durch schwierige Wendung mit Perforation des nachfolgenden Kopfes entbunden. Vor dieser Operation bereits wurde

[1]) Nach dem Originalmanuskript übersetzt von Dr. Arnold Eiermann in Frankfurt a. M.

deutliche Tympanie bei Perkussion des Uterus durch die Bauchdecken beobachtet. Einige Stunden darnach starb die Patientin; bei der Autopsie fand man zahlreiche Gasblasen in den inneren Organen.

Schnell erwähnt nichts von einer Untersuchung irgend eines der Gewebe, weder in histologischer, noch in bakteriologischer Hinsicht. Er ist der Ansicht, dass die Todesursache bei diesem Falle in Lufteintritt in den Blutkreislauf von der Placentarstelle aus zu suchen sei, und nicht vielmehr in der Thätigkeit irgend eines Mikroorganismus. Zum Beweise hierfür führt er einen von ihm angestellten Versuch mit dem Bacillus coli communis an, bei welchem er diesen in mit Fruchtwasser beschickte Reagensröhrchen verimpfte, ohne irgend welche Gasbildung darnach beobachten zu können.

In Band IV, Heft 5 der Monatsschrift finden wir einen kurzen Aufsatz von Wendeler, in welchem dieser auf den Fall von Schnell zurückkommt und mit Rücksicht auf eine Anzahl selbstbeobachteter Fälle den Namen „Sepsis acutissima" vorschlägt, da nach seiner Ansicht in diesen Fällen der Tod verursacht wird durch rapide Einwanderung eines Gas bildenden Mikroben, vielleicht des Bakterium coli commune, in die Blutbahn von der Placentar-Stelle aus. Wendeler fand in Ausstrich-Präparaten aus den verschiedenen Organen bei seinen Fällen zahlreiche grosse, dicke Stäbchen, doch sagt er nichts über die kulturellen Besonderheiten derselben.

Im Märzheft 1897 der Monatsschrift widerspricht Goebel in einer kurzen Mittheilung diesen beiden Beobachtern und führt aus, dass seiner Meinung nach im Falle von Schnell eine Infektion mit dem Bacillus aërogenes capsulatus von Welch und Nuttall oder dem Bacillus phlegmones emphysematosae von Fraenkel vorgelegen habe, welche beide er für identisch hält.

In einem Fall aus der geburtshülflichen Klinik des Johns Hopkins-Hospitals, der eine ausführliche Wiedergabe im Johns Hopkins-Hospital Bulletin No. 71 (Februar 1897) gefunden hat, waren wir im Stande, als Todesursache eine Invasion durch den Bacillus aërogenes capsulatus festzustellen; die Krankengeschichte war hier so ähnlich derjenigen im Schnell'schen Falle, dass wir es für nicht unwichtig gehalten haben, auf dieselbe in diesem Zusammenhang zurück zu kommen.

Die Patientin kam nach ungefähr zweitägiger Geburtsthätigkeit in Beobachtung; während dieser Zeit hatte die anwesende Hebamme wiederholt untersucht. Als sie sah, dass sie die Entbindung nicht vollenden konnte und dass das Befinden der Frau rasch schlechter wurde, sandte sie nach dem Hospital um Hülfe. Die Untersuchung ergab ein ziemlich stark allgemein verengtes Becken (conj. vera 8 cm), ein grosses Kind, über welchem der Uterus tetanisch kontrahiert war, der Kopf fest ins Becken gedrängt; keine Herztöne; von Zeit zu Zeit ist deutlich das Entweichen von Gas aus der Vagina zu beobachten.

Sie wurde mit grosser Schwierigkeit durch Kraniotomie

entbunden, und wir waren sehr überrascht, als unmittelbar nach der Extraktion des Kindes deutlich eine Menge stinkenden Gases aus der Uterushöhle entwich.

Bei der Untersuchung des Foetus und der Placenta am nächsten Tage zeigte sich die überraschende Thatsache, dass bei Palpation der ganzen kindlichen Körperoberfläche, sowie der Placenta starkes emphysematöses Knittern auftrat, was die Nacht zuvor nicht vorhanden gewesen war. Abdomen, Thorax und Scrotum der Frucht waren enorm ausgedehnt durch Gas, das bei Punktion der Haut mit blauer Flamme brannte. Ausstrichpräparate, Kulturen und Tierimpfungen, die sofort aus dem kindlichen Blute angestellt wurden, ergaben sämmtlich die Anwesenheit des Bacillus aërogenes capsulatus in grosser Menge. Auch waren wir in der Lage, charakteristische Veränderungen durch diesen Bacillus in der Placenta nachzuweisen.

Nachdem die Natur der Infektion 12 Stunden nach der Entbindung bekannt war, wurde die Prognose schlecht gestellt und Kulturen aus den Lochien angelegt. Auch diese zeigten den nämlichen Mikroorganismus in grossen Massen.

Patientin starb am zweiten Tage nach der Entbindung; der Ehemann verweigerte die Autopsie. Dennoch bekräftigte das starke Emphysem, das sich fast unmittelbar nach dem Tode über den ganzen Körper entwickelte und zunahm, bis der Körper fast das doppelte Volumen hatte, uns nur in unserer Ansicht über die Natur der Infektion, mit der wir es zu thun hatten.

Aus den Arbeiten von Welch und Nuttall und Welch und Flexner ergiebt sich, dass dieser Organismus unter normalen Verhältnissen weder pathogen ist noch sich im menschlichen Körper entwickelt. In günstige Medien, i. e. totes, sauerstoffarmes Gewebe, versetzt, geht er jedoch eine rasche Entwickelung ein und es erfolgt eine ebenso rasche Intoxikation des Befallenen durch die von demselben erzeugten Ptomaine.

Daraus können wir entnehmen, dass in unserem Falle die betreffenden Bacillen unter der Geburt frühzeitig in die Uterushöhle eingeführt wurden. Einige wenige fanden wahrscheinlich Eingang in den foetalen Kreislauf vor dem Tode der Frucht. Zunächst entwickelten sich dieselben nur in geringem Maasse, da die Uteruswände und der lebende Foetus ein ungünstiges Medium waren. Als jedoch im weiteren Verlaufe der Geburt die Frucht abstarb und das Blut in ihren Gefässen und in denen der Placenta nun stagnierte, wurde so aus einem fast entwicklungshemmenden Medium ein im höchsten Grade für das Wachsthum dieses Mikroorganismus günstiges, der sich nun ungeheuer vermehrte und die Uterushöhle zum Teil mit Gas füllte. So war die Patientin, als wir sie zuerst sahen, bereits schwer infiziert durch die im Uterus erzeugten Toxine, so dass ihr auch die Entfernung des grösseren Teiles der Infektionsquelle keine Rettung mehr bringen konnte.

Seit der Veröffentlichung im Johns Hopkins-Hospital Bulletin erschien im Boston Medical und Surgical Journal vom

18. und 29. Februar 1897 eine Arbeit von Dr. Jay Perkins aus Providence, Rhode Island, mit dem Titel: „Air Embolism, with Report of Cases, Clinical and Experimental," in welcher Perkins über eine Reihe von Todesfällen infolge von Luft-Embolie berichtet, die er selbst und andere beobachtet haben.

Einer dieser Fälle „C. F." interessierte uns besonders, und wir wandten uns sofort an Dr. Perkins mit der Bitte um Zusendung von Präparaten der verschiedenen Organe dieses Falles zur Untersuchung.

Die Krankengeschichte dieses Falles ist folgende:

„C. F., unverheiratet, II-para, starb im Sprechzimmer eines Arztes am 29. Februar 1896, etwa 8½ Uhr Morgens. Nach Aussage des Arztes war Pat. des Morgens in das Sprechzimmer gekommen, bevor er angekleidet war; sie klagte über Schmerzen in der Herzgegend und Atembeschwerden Er setzte sie auf den Rand seines Untersuchungs-Tisches, um sie zu untersuchen, als sie verfiel. Er suchte sie wieder zu beleben, aber ohne Erfolg. Sie war todt. Bei der ersten Besichtigung im Sprechzimmer war kein Blut an den äusseren Genitalien, aber etwas Blutwasser in der Scheide."

„Bei der am Abend, etwa 12 Stunden nach dem Tode, vorgenommenen Autopsie war Dr. Perkins mit Anderen gegenwärtig. Wetter kalt, keine Zersetzung. Das Gesicht zeigt schmerzlichen Ausdruck, Augen eingesunken, Lippen über die Zähne zurückgezogen, Pupillen stark erweitert. An den äusseren Genitalien Flecke wie von wässerigem Blute. Einige ähnliche Flecke an den Kleidern, welche bei der ersten Besichtigung am Morgen nicht da waren."

„Bei Durchschneiden der Pectoral-Muskeln kam aus einigen Intercostal-Gefässen schaumiges Blut. Das Herz war ausgedehnt. Die zu- und abführenden Gefässe wurden unterbunden und das Herz unter Wasser geöffnet, wobei grosse Luftblasen und sehr wenig schaumiges Blut an die Oberfläche kamen. In der Vena cava ascendens Luft, ebenso in Hirngefässen. Die anderen Organe, mit Ausnahme des Uterus, waren normal, nur die Nieren waren etwas hyperämisch."

„Der Uterus war bis zum Nabel ausgedehnt, der Muttermund weit offen. Die Eihöhle enthielt über 250 ccm Fruchtwasser und etwa 40 ccm Luft. An der Innen-Seite der Cervix etwas geronnenes Blut. Auf der Schleimhaut eine abgescheuerte Stelle, wie durch Abschaben mit einem stumpfen Instrument. Die Placenta sass tief unten an der linken Seite und war in ihrem unteren Teile von der Uteruswand abgelöst; diese Zerreissung erstreckte sich bis an die uterinen Sinus aus und durch eine Punktions-Oeffnung bis in den Fruchtsack. Die Oeffnung im Fruchtsack hatte etwa einen Durchmesser von 5 mm. Der Fruchtsack enthielt einen 6—7monatlichen Foetus."

Dr. Perkins ist der Meinung, dass in diesem Falle der Tod infolge von Luft-Embolie eintrat. Da er keine bakteriologische oder histologische Untersuchung irgend eines der Gewebe erwähnte, baten wir ihn, uns von den Präparaten zu senden, was er noch davon habe. Dem kam er in sehr freundlicher Weise nach und wir konnten in Schnitten von einem kleinen Stück des Uterus zahlreiche Bacillen nachweisen, die morphologisch dem Bacillus aërogenes capsulatus glichen und sich nach Gram-Weigert gut färbten. Diese Bacillen lagen zum grössten Teile längs den Wänden dilatierter, leerer Gefässe; doch konnten wir auch einige wenige in der die Gefässe umgebenden Muskulatur finden. Die Anwesenheit dieses Mikroben erklärt nach unserer Meinung die nach dem Tode stattgehabte Vermehrung von „Luft", welche Dr. Perkins erhöhter Körpertemperatur zuschreibt, und

ebenso das Vorhandensein von Luft in der Eihöhle, welche nach ihm durch die wechselnde Kontraktion und Wiederausdehnung des Uterus aspiriert worden sein sollte.

Wegen der Aehnlichkeit dieser zwei Fälle mit dem von Schnell sind wir zu der Annahme geneigt, dass dieser, hätte er eine histologische und bakteriologische Untersuchung gemacht, den nämlichen Mikroorganismus gefunden haben würde.

Was Schnell's Theorie betrifft, dass der Tod in seinem Falle durch Eintritt atmosphärischer Luft in den mütterlichen Blutkreislauf von der Placentarstelle aus verursacht worden sei, so halten wir dieselbe für ziemlich unwahrscheinlich, einmal, weil die anatomische Beschaffenheit der offenen „Mündungen" der uterinen Sinus in hohem Grade ungeeignet ist, um genügend Luft, und dies rasch genug, einzulassen, so dass andere, als ganz vorübergehende Symptome auftreten könnten, sodann weil es, selbst vorausgesetzt, dass eine gewisse Menge Luft in den Blutkreislauf gelangte, unmöglich ist, die rapide Zunahme dieser „Luft" zu erklären, wie sie nach dem Tode der Patientin stattfand.

Wir stimmen mit Goebel darin überein, dass Schnell's Versuche mit dem Bacterium coli commune nicht überzeugend sind, da wir wiederholt intravenöse Injektionen dieses Mikroorganismus gesehen haben ohne darauffolgende Gasbildung, weder während des Lebens, noch wenn das Tier kurz nach der Impfung getötet wurde. Auch darin stimmen wir mit diesem Beobachter überein, dass der Bacillus aërogenes capsulatus und der Fraenkel'sche Bacillus phlegmones emphysematosae identisch sein dürften.

Wendeler sagt zwar nicht, dass in seinem Falle Kulturen angelegt wurden, er glaubt aber, dass die „Sepsis acutissima" durch eine rapide Invasion des Bacterium coli commune verursacht worden sei. Dieser Irrtum ist sehr leicht erklärlich. Neue (noch unveröffentlichte) Untersuchungen von Lanier über den Bacillus aërogenes capsulatus haben nämlich dargethan, dass es eine zweite Form dieses Organismus giebt, die aërob wächst und dem Bacterium coli commune sehr ähnlich ist, sich von ihm aber leicht unterscheiden lässt nach seiner Morphologie, durch die ausgeprägte postmortale Gaserzeugung in den Gefässen von Tieren, durch die langsame Verflüssigung von Nähr-Gelatine, sowie durch seine Unbeweglichkeit.

Dass frühzeitig im Puerperium eintretender Tod manchmal auf Lufteintritt in den mütterlichen Blutkreislauf während intrauteriner Manipulationen zurückzuführen sei, leugnen wir nicht, halten es aber für höchst wichtig, dass alle derartigen Fälle einer genauen bakteriologischen Untersuchung, sowohl durch Anlegung von Kulturen, als durch Tierversuche, unterworfen werden; geschieht dies, so wird man wohl eine Abnahme der Todesfälle infolge von Luft-Embolie und eine Zunahme der Fälle beobachten, die auf Infektion mit dem Bacillus aërogenes capsulatus beruhen.

Neuere Arbeiten über die Erkrankungen der ersten Lebenstage.

Sammelbericht

von

OSWALD FEIS
in Frankfurt a. M.

Da die Arbeiten über Asphyxia neonatorum und deren Behandlung in dieser Monatsschrift bereits referirt wurden, so beginnen wir mit der Besprechung der Krankheiten des Nabels.

Ueber Nabelerkrankungen und Nabelverband liegen eine Reihe von Arbeiten vor, unter denen wir die folgenden hervorheben:

Eröss (1) hat zuerst durch sorgfältige Beobachtung von 1000 Neugeborenen die grosse Morbidität derselben (45 pCt. fiebernde) nachgewiesen; in 68 pCt. hat er Störungen in der Heilung des Nabels festgestellt. Die hohe Sterblichkeit der Neugeborenen hat ihre Ursache in den während der ersten Lebenstage erworbenen Krankheiten. Erst durch die systematische Anwendung des Thermometers ist es ihm gelungen, zu obigen Zahlen zu gelangen, denn die Diagnose war ohne Wärmemessung unmöglich. Die Kenntnisse der Aerzte über die Krankheiten der ersten Lebenstage sind gering; dies beweist die hohe Ziffer der Todesfälle mit der Diagnose „angeborene Lebensschwäche".

Ehrendorfer (2) beobachtete an der Innsbrucker Frauenklinik unter 1700 Geburten bei 81 obducirten Kindern 16 Mal Nabelinfektion. Die Nabelinfektion ist als eine Contaktinfektion anzusehen. Bezüglich der Behandlung hat sich das Einstreuen des Stumpfes mit Salicyl-Amylumpulver bewährt, bei stärkerer Sekretion 1—2 pCt. Argentum nitricum-Lösung (davon 1—2 Tropfen nach dem Bad auf die Nabelwunde gebracht, dann Pulververband). Am wichtigsten ist die Prophylaxe (absolute Reinlichkeit, Vermeiden von Schwämmen). Alle Verbände, welche den Luftzutritt zum Nabelstumpf verhindern, sind zu vermeiden.

Schrader (3) ist der Ansicht, dass die Todesursache bei Erkrankungen des Nabels oft übersehen wird, da das Krankheitsbild häufig komplizirt ist durch Pneumonie, Icterus etc. Nach der Abnabelung ist rasche und vollständige Mumifikation zu erstreben. Um dies zu erreichen, ist es zweckmässig, nach dem Reinigungsbad nach der Geburt das weitere Baden des Kindes bis nach dem Abfall des Schnurrestes zu unterlassen; der Nabelschnurrest wird in ein trockenes Leinwand- oder Mullläppchen eingeschlagen; der Verband wird für gewöhnlich nicht gewechselt. Dermatol ist ein gutes Trockenmittel, das nach dem Abfall noch einige Tage aufgepudert wird. Langsam heilende Geschwüre werden mit Höllenstein geätzt.

Roesing (4) hat an 100 Neugeborenen Beobachtungen angestellt über Temperaturverhältnisse und Nabelerkrankungen. Die Behandlung des Nabels an der Hallenser Frauenklinik ist folgende: Abnablung 8—10 Minuten nach der Ausstossung, Bad, Einwicklung des Nabelschnurrestes in mit reinem Olivenöl eingeölte Watte. Tägliches Bad und Verband des Nabels mit trockener Watte. Von 100 gemessenen Kindern zeigten 21 pCt. Temperatursteigerung über 37,9°. Ueber 39° hatte kein Kind. Bei 10 Kindern konnte eine Beteiligung des Nabels an der Temperatursteigerung nicht gefunden werden. Bei 9 Kindern war die Ursache des Fiebers in der Beschaffenheit der Nabelwunde zu suchen. Bemerkenswert ist, dass die Zahl der Temperatursteigerungen der Kinder in direktem Verhältniss steht zum Gesundheitsuzstand auf der Wochenstation, dass also die Nabelinfektionen mit den Wochenbettsinfektionen zusammentreffen.

Doctor (5) hat an 1200 Neugeborenen Beobachtungen über die Behandlung des Nabels angestellt. Zunächst wurde die alte Behandlungsweise des Nabels (Einwickeln des langen Nabelschnurrestes in ein Leinwandläppchen, täglicher Verbandwechsel und tägliches Baden) durch die Aerzte selbst vorgenommen. Wie zweimal täglich vorgenommene Messungen ergaben, fand sich bei dieser Behandlungsweise bei 420 Fällen 16 pCt. Fieber in Folge von Nabelinfektion. Das Fieber stellte sich meist während des Abstossens der Nabelschnur ein; da nur sterile Verbandstoffe angewandt wurden, konnte die Infektion nur durch das Badewasser erfolgen. In einer zweiten Serie wurde der Schnurrest am zweiten Tage kurz abgeschnitten, der tägliche Verbandwechsel und das tägliche Bad bis zum Abfall der Schnur unterlassen. Bei 462 Fällen: 10,12 pCt. Fieber in Folge Nabelinfektion. In einer weiteren Reihe liess man den Verband (Watte) bis zum dritten Tage liegen. Nach Abfall der Schnur tägliches Baden. Bei 229 Fällen: 6,04 pCt. Fieber in Folge Nabelinfektion. Dann schnitt man den Nabelstrang (der in der vorigen Serie lang gelassen war) kurz ab, ein 1 cm langer Stumpf blieb stehen. Darauf kam ein Wattebäuschchen. Am dritten Tag zum ersten Mal der Verband entfernt, kein Baden. Bei 230 Fällen: 3,45 pCt. Fieber in Folge von Nabelinfektion.

In einer weiteren Arbeit wendet sich Eröss (6) gegen die Diagnose: „Debilitas congenita" als Todesursache; ein grosser Teil der Erkrankungen Neugeborener ist, wie er gezeigt hat, durch Wundinfektion vom Nabel aus verursacht. Auch ist bei dem geburtshilflichen Unterricht mehr auf die Erkrankungen der Neugeborenen Rücksicht zu nehmen.

Keilmann (7) wendet folgendes Verfahren an: Der Nabelstrang wird mit in Sublimat desinficirter Leinwandschnur unterbunden, mit in siedendem Wasser sterilisierter Scheere durchschnitten; der Stumpf bleibt 2—3 cm lang. Derselbe wird mit trockener Wundwatte bedeckt. Nach dem täglichen Bade wird der Stumpf getrocknet und frische Watte aufgelegt. Im Durchschnitt aus 108 Fällen fiel der Stumpf am 5,8.—6,2. Tage ab. Von 118 gemessenen Kindern haben im Ganzen 5 gefiebert, sichtbare Störung der Nabelheilung zeigte kein Kind; trotzdem bezieht Verfasser das Fieber auf von der Nabelwunde ausgehende Infektion. Durch Weglassen des täglichen Bades wird die Mumifikation des Stranges begünstigt, die Möglichkeit des Hinzutretens

neuer Infektionen durch das nie sterile Badewasser fällt weg. Unter 400 so behandelten Kindern fieberte keins, der Allgemeinzustand (durch tägliche Wägungen festgestellt) war besser wie bei den täglich gebadeten Kindern. Der absolute Gewichtsverlust der Kinder ist bei dieser Behandlung geringer. Bei den nicht gebadeten Kindern zeigte sich in den ersten Lebenstagen eine geringere Gewichtsabnahme wie bei den gebadeten, ausserdem trat die Gewichtszunahme bei ihnen einen Tag früher ein. Der Nabelschnurrest fiel bei dieser Behandlung am 7.—8. Tage ab.

Hermes (8) hat die Untersuchungen von Eröss einer Nachprüfung unterzogen. Er erzielte gute Resultate, trotzdem die Behandlung des Nabelschnurrestes, wie sie an der Danziger Hebammenanstalt üblich ist, eine Verzögerung der Mumifikation des Schnurrestes bewirkt. Der Stumpf wird dort mit einem reinen Wattebausch, der mit 4 proc. Karbolvaseline bestrichen ist, bedeckt. Täglich wird der Verband erneuert. Auch nach dem Abfall des Schnurrestes kommt auf die Nabelwunde Watte, die mit Karbolvaseline bestrichen ist. Die Messungen, die an 100 Kindern vorgenommen wurden, ergaben nur zwei fiebernde. Ein Kind fieberte wahrscheinlich in Folge Infektion vom Nabelschnurrest aus. Der Abfall des Restes geschah bei dieser Behandlung meistens am 7. oder 8. Tag.

Paul (9) schildert das an der Marburger Klinik übliche Verfahren wie folgt: Nach dem Reinigungsbad wird die Nabelschnur nochmals unterbunden und ½ bis 1 cm kurz abgeschnitten. Darauf kommt eine Lage sterilisirten Mulls, dann Watte, darauf Guttaperchapapier. Am 6. Tag wird dieser Verband gewechselt; manchmal ist noch ein 2. und 3. Verband nötig; bis zum Abfall des Schnurrestes können 6—14 Tage vergehen. So lange der Verband liegt, wird das Kind nicht gebadet. In 32 so behandelten Fällen trat reaktionslose Heilung ein.

In der Klinik von Tauffer wird, wie Grósz (10) mitteilt, der Nabelschnurrest in ein steriles Leinwandläppchen gewickelt. Eventuell Bestreuen mit Salicyl-Amylumpulver. Trotz dieses aseptischen Verfahrens wurde unter 444 so behandelten Fällen nur 96 mal ein normaler Abstossungsvorgang beobachtet, ein Fall endigte letal durch Infektion von der Nabelwunde aus.

Schliep (11) will das Baden der Neugeborenen nicht verbieten, sucht jedoch auf andere Weise eine möglichst schnelle Mumification des Stranges zu erzielen. Er empfiehlt ein täglich zweimaliges Bepinseln des Schnurrestes mit 2procentiger Argentum nitricum-Lösung. Bei dieser Behandlung fällt der Strang gewöhnlich am 3. bis 4. Tage ab. Diese Art des Verfahrens empfiehlt S. für die Hebamme. Granulationen des Stumpfes behandelt S. mit dem Argentum-Stift.

Ljwow (12) empfiehlt, den Nabelstrangrest mit Glycerin zu behandeln, indem man mit Glycerin getränkte hygroskopische Watte auf den Stumpf legt. Der Verband bleibt vier bis fünf Tage liegen, das Kind wird unterdessen nicht gebadet. Am 5. Tage fällt bei dieser Behandlung der Schnurrest gewöhnlich ab.

Von den von der Nabelwunde ausgehenden Wundinfektionskrankheiten erwähnen wir zunächst den Tetanus der Neugeborenen.

Wie Turner (13) berichtet, ist die Krankheit schon seit 200 Jahren endemisch auf der Insel St. Kilda (Hebriden). 67 pCt. aller Neugeborenen starben in den ersten zwei Lebenswochen. Durch Einführen eines antiseptischen Nabelverbandes (Einstreuen von Jodoform und Gazeverband) ist es gelungen, die Krankheit auszurotten. Seit zwei Jahren ist kein Kind mehr der Erkrankung erlegen.

Stefanesco (14) nimmt als häufigste Ursache des Trismus der Neugeborenen Infektion der Nabelwunde an. Die Infektion kommt in dem Distrikte von Ilfov (Rumänien) sehr häufig vor, und zwar, wie S. meint, in Folge des bei den Frauen häufigen Gebrauches, nach dem Vorbilde der Jungfrau Maria, auf Stroh zu entbinden.

Escherisch (15) hat vier Fälle von Trismus und Tetanus neonatorum mit Tizzonis Antitoxin behandelt. Von diesen endeten drei tötlich. Die Inkubationszeit, der Tag des Nabelschnurabfalls als Zeitpunkt der Infektion angenommen, betrug zwei resp. einen Tag. Bei den zwei andern Fällen, von denen einer in Heilung ausging, sieben resp. neun Tage. Der geheilte Fall liess seinem Wesen nach den letalen Ausgang erwarten.

Bei dem Patienten von Firth (16) begann die Erkrankung am achten Lebenstag mit anfänglich nicht sehr heftigen Symptomen. Am achten Krankheitstag wurde die erste Injektion von Tetanus-Antitoxin gemacht, späterhin noch drei Injektionen (die Dosen stiegen bis 0,8 g Antitoxin). Es trat keine Besserung ein. Exitus am zehnten Tag der Krankheit.

Papiewski (17) veröffentlicht 10 Fälle von Starrkrampf bei Neugeborenen, die innerhalb zweier Jahre auf der Grazer Kinderklinik beobachtet wurden (sieben Knaben, drei Mädchen). Die Krankheit trat gewöhnlich sehr bald nach Abfall des Schnurrestes auf, in 80 pCt. der Fälle in der zweiten Woche. Die Zeit vom Abfall der Nabelschnur bis zum Ausbruch der Krankheit ist kurz; sie betrug in 50 pCt. der Fälle höchstens zwei Tage. Eine lange Inkubationszeit scheint einen protrahirten Verlauf zu bedingen und umgekehrt. Bei den kurzdauernden Fällen treten von Anfang an Trismus und Opisthotonus in den Vordergrund, in den Fällen mit mehr chronischem Verlauf treten die tetanischen Symptome mehr zurück.

Sämmtliche Fälle wurden (ausgenommen vier) lokal behandelt (Verschorfung der Nabelwunde durch den Pacquelin), jedoch ohne sichtlichen Erfolg. Bei einem Falle wurde die Auswaschung des Organismus nach Sahli versucht, die diuretische Wirkung war zwar sehr deutlich, dennoch ging das Kind zu Grunde. Zwei Fälle wurden erfolglos mit dem von Tizzoni dargestellten Antitoxin behandelt.

Ein weiterer mit Antitoxin behandelter, tötlich verlaufener Fall ist von Baginsky (18) veröffentlicht. Es handelte sich um ein neun Tage altes Mädchen. Kulturversuche mit der dem Nabel entnommenen Flüssigkeit ergaben den Befund von Tetanusbacillen. Auf Mäuse überimpft entstand typischer Tetanus mit rasch tötlichem Ausgang,

Frouz (19) berichtet u. A. über zwei Fälle von Tetanus neonatorum; der erste Fall mit langer Inkubationsdauer (das Kind wurde, 15 Tage alt, in die Klinik aufgenommen) verlief milde. Die Inkubationszeit des zweiten Falles war sehr kurz; das Kind erkrankte schon

am vierten Lebenstag noch vor dem Abfall des Nabels. Die Infektion war hier sehr schwer, die Temperatur auffallend hoch (bis 40,7 C.). Auch dieser Fall ging in Heilung über. Die Behandlung der Fälle geschah nicht mit Antitoxin, sondern war expektativ.

Gestützt auf drei Fälle empfiehlt Breus (20) bei Behandlung des Nabelschnurbruchs, die Anwendung der percutanen Ligatur (Reposition der vorgefallenen Intestina, Eröffnung und Abtragung des Bruchsacks nach provisorischem Verschluss der Bruchpforte, percutane Ligatur derselben). Das Verfahren hat den Vorteil der Einfachheit, es erfordert weder Narcose noch Assistenz; die erzielte Vernarbung war immer hinreichend fest. Der einzige Nachteil der Methode besteht darin, dass mehr Gewebe von den Bauchdecken verbraucht wird, wie bei der Naht nach Anfrischung, da das in der Klemme liegende Gewebe verloren geht. Für das Ligaturverfahren eignen sich besonders die gestielten, mit Hautring versehenen Hernien. Die Laparotomie i. e. Excision des Bruchsackes und Naht der angefrischten Bruchpforte ist indicirt, wenn die Reposition wegen Adhaerenzen nicht möglich ist, wenn wegen Enge der Bruchpforte eine Incision derselben notwendig ist, wenn der Defekt in der Bauchwand zu gross und die Bauchdecken zu wenig entwickelt sind, um percutane Ligaturen anlegen zu können.

Berger (21) hat zwei Nabelschnurbrüche nach Art der Nabelhernien bei Erwachsenen mit Glück operirt (Reposition des Inhalts, Einschneiden des Bruchsacks). Schwierig war die Reposition der z. T. adhaerenten Därme. Am besten umschneidet man die Adhaesionen, trennt sie und reponirt sie mit den Därmen. Die Operationen wurden am zweiten resp. vierten Tag nach der Geburt vorgenommen. Verf. empfiehlt, die Operation nicht sofort nach der Geburt zu machen, damit die Organe sich der veränderten Funktion erst anpassen können.

Bei der Behandlung des Nabelschnurbruchs giebt Päppelmann (22) dem Bauchschnitt (Abtragung des Bruchsacks und breite Vernähung der angefrischten Bruchränder) den Vorzug vor den übrigen Methoden. In dem vom Verf. mitgeteilten Fall war die direkte Vernähung wegen zu grossen Defektes der Bauchwand nicht möglich: daher wurde die percutane Sutur angewandt.

Hecht (23) beobachtete einen kleinen Nabelschnurbrnch, den er erst am dritten Tage p. p. sah als die Ammioshülle bereits mortificirt war. Daher schlug er eine abwartende Therapie ein (leichter Druckverband, Abtragung kleiner brandiger Partikel). Am 14. Tag der Behandlung war der Bruch verschwunden. Dies ist so zu erklären, dass das normale Retraktionsbestreben des Nabelgefässstumpfes sich auch wirksam auf den kleinen, mit ihm verwachsenen Bruchsack erwiesen und diesen mit in die Bauchhöhle gezogen hatte.

Auch in dem Falle von Geuer (24) ist ein apfelgrosser Nabelschnurbruch unter antiseptischem Verbande in vier Wochen völlig zurückgetreten.

Marjantschick (25) ist der Ansicht, bei Nabelschnurbruch möglichst bald nach der Geburt operiren zu müssen. Die zuverlässigste Methode ist die Vornahme der Laparotomie. 32 so operirte Fälle ergaben eine Mortalität von 21,87 pCt. Ein von ihm veröffentlichter Fall ging am fünften Tag post operationem an Peritonitis zu Grunde.

Bei der Beobachtung von Arndt (26) lag neben anderen Eingeweiden auch das Herz (ohne Pericard) im Bruchsack; im Zwerchfell ein Spalt, durch welchen das Herz nicht zu reponiren ist. Bei Verschluss der angefrischten Bruchpforte werden die Herzkontraktionen durch Druck auf das Organ langsamer, daher Spaltung der Bauchdecken bis zur Symphyse, Resection eines Teiles des rechten Leberlappens. Bei Schluss der Operation Exitus, veranlasst durch Herzkompression.

Pieriny beschreibt die Laparotomie einer rupturirten Nabelschnurhernie in der ersten Lebensstunde (Prager med. Wochenschrift 1896, No. 31). Das Kind kam nach spontaner Entbindung mit einem 2 mannsfaustgrossen, rupturirten Nabelschnurbruch zur Welt. Da Repositionsversuche misslangen, so wurde die Radicaloperation vorgenommen; das Kind genas.

Ueber die Winckel'sche Krankheit berichten folgende Arbeiten:

Zwei Endemieen beobachtete Wolczynski (27) in der Gebäranstalt zu Czernowitz. Bei der einen Endemie erkrankten sechs Kinder und starben alle, bei der anderen erkrankten sechs und genas eines; sämmtliche Erkrankte waren gut entwickelte Kinder. Die Erkrankung trat am zweiten oder dritten Tag ein. Sämmtliche Mütter waren gesund. Bei der Sektion fand man zahlreiche subpleurale Ecchymosen, Milz auf das dreifache vergrössert, ebenso die Leber. Die Oberfläche der Nieren mit Ecchymosen durchsetzt. Corticalis und Pyramiden rötlich violett, die Grenzen verwischt. Aus Leber, Milz und Nieren wurde das Bacterium coli commune in Reinkultur gezüchtet. Verf. sieht daher die Winckel'sche Krankheit als Infektionskrankheit an. Als Träger der Infektion wurde das Brunnenwasser erkannt, in dem das Bact. coli commune nachgewiesen werden konnte. Wahrscheinlich geschah beim Reinigen des Mundes mit in dieses Wasser getauchten Leinwandläppchen die Infektion. Als zum Reinigen des Mundes nur noch sterilisirte 1 procentige Borsäurelösung verwandt wurde, beobachtete man die Erkrankung nicht mehr. Die Reinigung des kindl. Mundes soll demnach nur mit sterilisirtem Wasser vorgenommen werden. Die näheren histologisch-bakteriologischen Details siehe bei Kamen (28).

Weitere sieben Fälle dieser Krankheit veröffentlicht Ljwow (29). Im Anschluss an leichte puerperale Erkrankungen der Mütter trat die Krankheit bei sechs Säuglingen auf (ein Fall mit tötlichem Ausgang war einen Monat früher beobachtet worden). Von den sechs Kindern starben zwei, vier erholten sich. Bei der Sektion fand man: Icterische Verfärbung der Haut, Stauungshyperaemie, Schwellung der Corticalis der Nieren, Blutungen auf der Pleura etc., Fettdegeneration in Leber und Herz. Verf. hält die Erkrankung für eine septische. Bei dem ersten Fall litt die Mutter an einer Lymphangoitis der Brust, stillte jedoch; auf diese Weise ist, wie der Verf. meint, das infectiöse Agens in den kindlichen Magen gelangt. Für eine Infektion spricht ferner, dass die anderen Fälle in einem Krankensaal vorkamen und dass die Mütter gleichzeitig an puerperalen Affektionen erkrankt waren.

Ein von Finkelstein (30) beschriebener Fall gehört vielleicht auch hierher. Ein neun Tage altes Kind wurde wegen Fiebers und Durchfalls in die Klinik eingeliefert. Am nächsten Tag: Apathie,

Extremitäten kalt, am rechten Mittelfinger eine linsengrosse brandige Stelle; eine ähnliche Stelle an der linken Sohle. Ausgedehntes Exanthem des Körpers, weiterhin Convulsionen, 12 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen Exitus. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes, der Leber, Milz und Niere ergab Reinkulturen von Streptokokken. Die Mutter des Kindes, die das Kind bei sich gehabt hatte, war einer schweren, puerperalen Sepsis erlegen. Der Verlauf ähnelte dem der Winckel'schen Krankheit, jedoch vermisste man bei der Sektion die charakteristischen Hämoglobininfarkte der Nieren, dann fehlten auch die Blutungen in die inneren Organe. Dafür waren als als aussergewöhnlich zu konstatiren: die spastischen Erscheinungen im Gefässsystem sowie die Gangrän. Das Gemeinschaftliche dieses Falles mit den übrigen bildet die Schädigung des Blutes und der Gefässwände.

Eine Soorendemie, die in der II. geburtshülflichen Klinik zu Budapest ausbrach, gab Grósz (31) Gelegenheit, sich näher mit der Pathogenese und Prophylaxe dieser Krankheit zu beschäftigen. Das Auftreten des Soor beim Neugeborenen wird begünstigt durch desquamative Vorgänge der Mundschleimhaut in den ersten Lebenstagen; unter den zur Erkrankung disponirenden Umständen sind besonders noch Verdauungsstörungen hervorzuheben. Diese physiologische Desquamation wird durch die üblichen Mundwaschungen noch verstärkt. Das Entstehen der Bednar'schen Aphthen (richtiger Ulcera decubitalia poalati duri) wird diesen Mundwaschungen zugeschrieben; bei 88 mit Mundwaschung behandelten Fällen entwickelten sich zehnmal, bei Weglassung der Mundwaschung kein einziges Mal Bednar'sche Aphthen. Die prophylaktischen Mundwaschungen sind demnach zu unterlassen. Jedoch trat auch nach Unterlassung der Mundwaschung wieder eine Soorepidemie auf; da die Erkrankungen trotz aller hygienischen Maassnahmen nicht aufhörten, so entschloss man sich zu einem anderen Verfahren. Bei jedem Neugeborenen vom ersten Tag nach seiner Geburt bis zur Entlassung wurde täglich eine Mundpinselung mit 1 procentiger Argentum nitricum-Lösung vorgenommen. Dadurch verminderte sich die Anzahl der Soorfälle sofort. Diese Wirkung ist jedenfalls der antimykotischen Wirkung des Argentum nitricum zuzuschreiben. Die Therapie bei bestehenden Soor bestand in:

1. Mundwaschungen mit 1—2 pCt. Natrium boracicum-Lösung, mehrmals täglich.
2. Mundpinselungen mit 3 pCt. Argent. nitr.-Lösung, täglich einmal. Sind den Waschungen bedeutend vorzuziehen.

Aus der Arbeit von Guidi (32) über Soor ist hervorzuheben: Die Ursache des Soor ist nicht, wie bisher angenommen wurde, Oïdium albicans, sondern der Saccharomyces albicans oder buccalis. Dieser Mikroorganismus entwickelt specielle Fermente unter gegebenen Bedingungen, durch welche er im Stande ist, tiefgreifende anatomische Veränderungen und funktionelle Störungen zu bewirken. Er vermag in die unter der Oberfläche liegende Gewebsschicht einzudringen, in den Kreislauf zu kommen und, in andere Organe verschleppt, Metastasen hervorzubringen.

In einem Zeitraum von vier Wochen beobachtete Behncke (33) in der Praxis von drei Hebammen 21 Fälle von Pemphigus neonatorum mit drei Todesfällen. In der Praxis der einen Hebamme kamen elf, bei der andern acht, bei der dritten zwei Fälle vor; in der Praxis der übrigen neun Hebammen kein Fall. Meistens trat die Erkrankung in der ersten Woche nach der Geburt auf. Trotz aller Vorsichtsmassregeln (Desinfektion der Kleider und Instrumente der Hebammen, in einem Falle Suspension auf acht Tage) hörten die Erkrankungen erst auf, als den Hebammen verboten wurde, die Neugeborenen nach der Abnabelung weiter zu warten.

Wie Staub (34) mitteilt, trat bei einer an Pyaemie darniederliegenden Puerpera ein Pemphigus auf, der sich über den ganzen Körper verbreitete. Auch das Kind hatte denselben Blasenausschlag, befand sich jedoch dabei wohl und zeigte keine Temperatursteigerung. Verf. nimmt einen infectiösen Ursprung des Pemphigus neonatorum an. Es ist daher bei dieser Affection auf einen Zusammenhang mit einer puerperalen Erkrankung der Mutter zu achten; auch zwei weitere Fälle desselben Autors sprechen für diese Ansicht.

In seiner Arbeit über Pemphigus neonatorum periumbilicalis kommt Trautenroth (35) zu folgenden Schlüssen:

1. Der Pemphigus periumbilicalis ist eine locale Erkrankung der Haut in d. Umgebung des Nabels.
2. Die Erkrankung besteht in Bläschen von sehr variabler Zahl und Grösse, doch bleiben die meisten etwa mohnkorn- bis linsengross, nur einige erreichen einen Durchmesser von 1—2 cm.
3. Die Zeit des Auftretens ist die zweite Hälfte der ersten Lebenswoche.
4. Bedingungen für das Zustandekommen sind:
   a) Eiterung am Nabelkegel.
   b) Empfänglichkeit des Individuums; diese ist im Besonderen gegeben durch Maceration und kleinste Einrisse der Epidermis.
5. Der Urheber der Bläscheneruption ist der Staphylococcus pyogenes aureus, oder, insofern dieser durch den Nabelleiter überimpft wird, eben der Nabelleiter.

Die Definition Somma's (36) über das Sklerem lautet: „Das Sklerem ist eine ausschliesslich bei Neugeborenen vorkommende Neurose der wärmeregulirenden Centra; bei derselben erfolgt zunächst eine schnell fortschreitende Herabsetzung der Körpertemperatur und im Anschluss daran entweder eine ödematöse Infiltration des subcutanen Fett- und Bindegewebes, oder eine Verhärtung derselben, oder beide Formen gemeinschaftlich."

Er betont, dass zwischen Sklerema neonatorum und Sklerodermia adultorum keinerlei Zusammenhang besteht. Schwächliche Körperbeschaffenheit und mangelhafte Wärmebildung praedisponiren zur Erkrankung. Ausführlich werden die Symptome des Leidens beschrieben.

Was die Natur der Krankheit anlangt, so ist eine Laesion des Wärmecentrums anzunehmen. Von hier aus wird die Wärmebildung vermindert, die Körpertemperatur herabgesetzt und es traten Veränderungen der Cirkulation in der Haut und den oberflächlichen Muskelschichten auf (Ischaemie der Hautkapillaren, Hyperaemie der inneren Organe). Die Lokalisation an den Extremitäten ist dadurch erklärlich, dass die Gefässe derselben am entferntesten vom Herzen liegen und dadurch von der abgeschwächten Herzthätigkeit zuerst betroffen werden.

Bezüglich der Therapie empfiehlt Verf. Aufenthalt in hellen, luftigen Zimmern mit einer konstanten Temperatur von mindestens 22 ° C., in schweren Fällen von 24 °. Besondere Sorgfalt ist der Ernährung zu widmen (Ernährung ev. mit Löffel und Schlundröhre). Einpacken des Kindes in Watte, Injektionen von Coffeïn und Aether, Sauerstoffinhalationen.

Schmidt (37) berichtet über drei Fälle von Sclerema neonatorum (ein Fall von Sclerema adiposum, zwei Fälle der ödematösen Form). Sämmtliche Kinder starben am dritten bis fünften Tag nach der Geburt. Bei der Sektion fand man den schon von früheren Autoren mitgeteilten Befund.

Im Blute der drei Kinder gelang es, Bacterien nachzuweisen, jedoch ergab die nähere bacteriologische Untersuchung ein ungenügendes Resultat. Der Verf. ist geneigt, das Sclerema als eine Infektionskrankheit anzusehen.

Das Scleroderm der Erwachsenen ist nach den Angaben der neueren Autoren von dem Sclerem der Neugeborenen durchaus zu trennen. Jedoch wurde auch wahre Sclerodermie bei Neugeborenen beobachtet. Solchen Fällen ist ein weiterer anzuzeigen. Derselbe wurde vom Verfasser beobachtet und unter andern Fällen von Sclerodermie von Herxheimer (38) beschrieben. Die Hautaffektion soll schon am zweiten Tag p. p. aufgetreten sein, am 10. Tag erhob ich folgenden Befund: Auf dem Rücken des Kindes befindet sich eine $9^1/_2$ cm breite, $6^1/_2$ cm in der Höhe messende Verhärtung der Haut. Die Stelle ist bläulich-rot, livide. Die Haut fühlt sich infiltrirt an, ist prall gespannt und nicht in Falten abhebbar. Oberhalb der Ansatzstelle des Musc. pectoralis major eine bohnengrosse Verhärtung in der Haut, zwei weitere solche Verhärtungen am l. Oberarm und in der Brusthaut. Unter leichter Massage heilte die Affektion in ca. drei Wochen. Das Allgemeinbefinden des Kindes war dabei ungestört.

Eine Reihe von Arbeiten beschäftigen sich mit der Aetiologie der Melaena neonatorum.

Gärtner (39) gelang es in zwei Fällen, einen Bacillus aus dem mit dem ersten Stuhl entleerten Blut, sowie aus den bei einer Sektion gewonnenen Organen zu züchten, den er für die Ursache der Erkrankung hält. Die wichtigsten biologischen Eigenschaften dieses Bacillus sind: das Temperaturoptimum für ihn ist die Bluttemperatur, seine Eigenbewegung, in hängenden Tropfen untersucht, ist sehr lebhaft. Der einzelne Bacillus zeigt 1—6 Geiselfäden, die Vermehrung geschieht durch Teilung. Auf Agar- und Gelatineplatten bildet er charakteristische Kulturen. Gasbildung ist vorhanden; er reagirt auf die verschiedensten

Anilinfarbstoffe. In Schnitten aus Herz, Milz, Leber konnte er leicht nachgewiesen werden. Bei intraperitonealen Impfungen auf Meerschweinchen, die nach ca. 12 St. starben, findet man: fibrinöse Peritonitis, Verklebung sämmtlicher Bauchorgane, Milztumor. Bei intraperitonealer Infektion junger (1—14 Tage alter) Tiere: Petechien auf der Serosa, Haemorrhagieen in der Darmwand und auf dem Parietalperitoneum. Mit der Einwanderung und Vermehrung der Bacillen in der Darmwand geht eine Zerstörung des Gewebes einher. Mit diesem Gewebszerfall treten Blutungen in die Submucosa und Mucosa ein. Das typischste Bild der Melaena bekam man bei Infektion junger Tiere vom Nabel aus. Dieselben starben nach 24 St.

Auch beim zweiten Fall, der in Heilung überging, erhob G. denselben bakteriologischen Befund aus dem entleerten Stuhl.

G. nimmt demnach an, dass die Melaena durch einen specifischen, pathogenen Bacillus verursacht wird. Die mikroskopische Untersuchung des Darmes zeigt, dass die Blutungen als eine Folge der Bacilleneinwandernng anzusehen sind. Es ist anzunehmen, dass die Eingangspforte für den Infektionserreger der Nabel ist, denn wie alle Beobachtungen lehren, besteht zunächst eine Peritonitis, der sich dann die Darmaffektion und die Blutungen anschliessen.

Eine andere ätiologische Deutung der Melaena giebt v. Preuschen. Bei einem Geburtsfall (Zange am tiefstehenden Kopf) traten am zweiten Tage Blutbrechen und blutige Stühle ein. Bei der Sektion fand man haemorrhagische Erosionen der Magenschleimhaut, haemorrhagische Infarkte der Lungen, Blutextravasate unter dem Tentorium auf der rechten Kleinhirnhemisphäre. Eine angestellte Versuchsreihe ergab, dass bei einseitiger Laesion der Ala cinerea, der Crura cerebelli ad pontem et ad corpora quadrigemina Haemorrhagien in der Magenschleimhaut auftreten.

Bei einem zweiten Fall von Melaena fand sich wiederum ein intracranielles Blutextravasat.

Daraufhin stellte v. Preuschen wiederum Versuche an, indem er durch Injektion von Chromsäurelösung in den zu untersuchenden Hirnparthien junger Kaninchen Herde etablirte. Er konnte so durch Laesion der verschiedensten Hirnparthieen Melaena erzeugen, sowohl haemorrhagische Infarkte der Lungen, als auch Extravasate im Magen und Duodenum. Diese Erscheinungen traten ein hauptsächlich nach Laesion der vorderen Vierhügel, des Pedunculus cerebri etc. Nach Verletzung des Ammons-Horns waren die Magenblutungen weniger intensiv.

Bei Durchsicht der Litteratur finden sich unter Zurechnung der beiden erwähnten Fälle unter 7 Gehirnsektionen 5mal intracranielle Blutextravasate. Von 45 Fällen war die Geburt 22mal komplicirt.

Die Ansicht Gärtner's hinsichtlich des parasitären Ursprungs der Melaena weist v. P. zurück. G. habe durch die Injektion des fraglichen Bacillus in die Peritonealhöhle nicht Melaena, sondern eine haemorrhagische Peritonitis erzeugt, die bei den mitgeteilten Sectionen von an Melaena verstorbenen Kindern nicht beobachtet worden sei.

In einer ausführlicheren Arbeit führt v. Preuschen (41) diesen

Gedanken unter Zugrundelegung seiner Versuchsresultate und der aus der Litteratur zusammengestellten Fälle näher aus.

Bei der Sektion eines an Melaena verstorbenen Kindes fand Schütze (42) die Magenschleimhaut intact, imMagen mehrere Theelöffel geronnenen Blutes, ebenso im unteren Abschnitt des Dünndarms; ebenso im Colon, Flexur und Rectum. Kein Defekt der Darmschleim haut, sondern nur kapilläre Blutungen. Im Gehirn keine grösseren Blutergüsse, sondern nur kleinere Haemorrhagien unter dem Tentorium cerebelli der Dura mater aufliegend. Das Becken der Mutter war leicht verengt.

Gegenüber der Ansicht v. Preuschen's weist Gärtner (43) darauf hin, dass die Ursache, welche die Extravasate im Gehirn hervorruft und von den Haemorrhagieen in den Darmtraktus gefolgt ist, trotz der Experimente P.'s nicht aufgeklärt ist. Denn unter den 47 angeführten Melaenafällen ist 44mal die Geburt normal und spontan erfolgt. Haemorrhagieen können überall durch Allgemeininfektion entstehen. daher ist eine genaue bakteriologische Untersuchung solcher Fälle notwendig.

G. nimmt neben einer rein infectiösen noch eine traumatische Melaenaform an, tritt jedoch der Annahme v. Preuschen's (der nur über zwei tödtlich verlaufene Fälle verfügt), dass die letztere Form die der „wahren" Melaena sei, entgegen.

Herrgott (44) beschreibt den Sektionsbefund bei einem Neugeborenen, das unter den Erscheinungen des Blutbrechens bald nach der Geburt starb. Es fand sich eine ausserordentliche Verkleinerung des linken Vorhofs und Ventrikels, die rechte Herzhälfte war dilatirt. Diese Anomalie sieht Verf. als Ursache der gastro-intestinalen Blutungen an (Rückstauung nach den Venen). Die beiden ersten Kinder der Frau waren unter denselben Erscheinungen gestorben.

Lorauchet (45) führt die Melaena auf starke Kälteeinwirkung auf das Kind zurück, Konkle (46) bringt sie mit der Obliteration des Ductus Botalli und des Foramen ovale in Zusammenhang.

Neumann (47) untersuchte zwei Fälle von Melaena bakteriologisch. Im ersten Fall handelte es sich um ein Kind mit congenitaler Lues. Schon direkt nach der Geburt stellte man zahlreiche Hautblutungen fest, Tod nach 28 Stunden. Es wurde bakteriologisch: Herzblut, Peritonealflüssigkeit, Milz, Leber und Dünndarminhalt untersucht. Die Impfung von Herzblut blieb erfolglos, hingegen ergab die bakteriologische Untersuchung der übrigen Organe ein einheitliches Resultat. Man fand nämlich den Staphylococcus pyogenes aureus und den Bacillus pyocyaneus. In Schnitten aus der Milz gelang es ebenfalls vereinzelte Bacillen nachzuweisen.

Im zweiten Fall ging das Kind nach drei Tagen an Melaena zu Grunde. Bei der Sektion fand man dicht unterhalb des Pylorus ein Geschwür im Duodenum, Haemorrhagien in der Umgebung des Geschwürs. Aus dem Milzsaft und dem Blut züchtete man den Bacillus lactis aërogenes. Verf. nimmt an, dass im ersten Falle die Bakterien aus luetischen Geschwüren der mütterlichen Genitalien nach Passage der Placenta in die Organe des Foetus gelangt seien. Die causale Beziehung des Pyocyaneus zu den Haemorrhagien ist dadurch nicht erwiesen. Bei dem

zweiten, echten Fall von Melaena, bleibt die Aetiologie der Blutungen unklar.

Ueber zwei Fälle von Melaena berichtet Müller (48). In dem ersten Fall traten am zweiten Tag Blutbrechen und blutige Stühle auf. Am dritten Tag Exitus. Die Therapie bestand in Verabreichung von Liq. ferri, Anwendung von Wärmflaschen; bei der Section fand man Stauungshyperaemie in Magen und Darm, Ecchymosen, Extravasate und Ulcerationen. Bei dem zweiten Fall begann das Blutbrechen schon zwei Stunden nach der Geburt. Der Zustand besserte sich, so dass am vierten Lebenstage nur eine cyanotische Verfärbung der Hände und leichter Icterus nachweisbar war. Das Kind genas, starb jedoch am 18. Lebenstag an Convulsionen. Nachträglich soll es noch an Nasenbluten gelitten haben.

Dietel (49) demonstrirte die Organe eines Kindes mit Melaena neonatorum. Wenige Stunden nach der Geburt begann das Blutbrechen. 24 Stunden p. p. Exitus. Bei der Sektion fand man im Magendarmkanal flüssiges schwarzes Blut; dich unter dem Pylorus im oberen Drittel des Duodenum ein erbsengrosses, Mucosa und Muscularis durchsetzendes Geschwür.

Im Anschluss an die oben erwähnten von v. Preuschen veröffentlichten Fälle von Melaena neonatorum bringt Langerhans (50) den Sektionsbericht eines 6wöchentlichen Knaben, der bei einer allgemeinen starken Atrophie an zeitweise auftretenden Zuckungen der l. Gesichtshälfte und der l. Extremitäten litt. Bei der Sektion fand man das Periost über der Höhe des l. Scheitelbeines blutig infiltrirt, eine $6^1/_2$ cm lange Fissur parallel der Pfeilnaht und Coronarnaht; zwischen den Hirnhäuten ein grosses Blutextravasat. Cystöse Degeneration der l. Niere, Arbeitshypertrophie der r. Niere. Im Magendarmkanal eine grosse Menge dunkler Massen von z. T. frischroter, z. T. schwärzlich-bräunlicher Farbe. L. wendet sich gegen die oben citirten Ausführungen Gärtners. Er sieht seinen Fall als gleichartig mit den von v. Preuschen beschriebenen Fällen an und schlägt vor, die durch Gehirnverletzung erzeugte Melaena: „Melaena traumatica" zu nennen.

Morgan (51) fand bei einem am zweiten Tag an Magen-Darmblutung gestorbenem Kind Magen und Darm mit Blut gefüllt, jedoch nirgends eine Ulceration. Auch in dem Falle von Rossiter (52) fand sich keine Ulceration. Die Schleimhaut des Duodenum und Ileum war stark hyperaemisch. Die Lungen waren nur zum Teil lufthaltig. Bei einem an Melaena verstorbenen Kinde fand Simmonds (43) Defect des linken Ventrikels, der Mitralis und des Aortenostiums. Aorta und Art. pulmonalis entsprangen aus einem Bulbus am rechten Ventrikel.

Stevenson (54) beobachtete einen einschlägigen Fall bei einem schwach entwickelten Kind mit mangelhafter Respiration. Es stellten sich bald neben einem Icterus Magen-Darmblutungen ein, denen das Kind erlag; Sektion wurde nicht gemacht.

Ueber einen Fall von haemorrhagischer Diathese berichtet Finkelstein (55). Bei einem acht Tage alten, syphilitischen Kind mit leichtem Icterus traten Blutungen aus der Lippenschleimhaut, Schleimhaut des Rachens und harten Gaumens ein; Exitus unter zunehmendem Icterus. Aus den Organen des Kindes wird ein specifischer

Bacillus gezüchtet, der Mäuse unter dem Bild der Septicaemie tötet und bei Kaninchen, intraperitoneal beigebracht, eine typische, haemorrhagische Diathese erzeugt. Der Bacillus stimmt mit einem von Kolb beschriebenen überein, der ihn in drei Fällen von idiopathischer Blutfleckenkrankheit in den Organen Erwachsener fand. Ebenso wie in dem Falle von Neumann (l. c.) fand man vereinzelt in Milz und Leber den Bacillus pyocyaneus, dem jedoch eine besondere ätiologische Bedeutung nicht zukommt.

Mit der Frage nach der Entstehung des Icterus neonatorum beschäftigen sich folgende Arbeiten:

Schmidt (56) behandelt vorzüglich die Frage nach der Beziehung zwischen Icterus und der Zeit der Abnabelung. Die Beobachtungen, die aus der Grazer Frauenklinik stammen, wurden so vorgenommen, dass ein Teil der Kinder sofort, ein anderer etwas später, der grösste Teil jedoch nach Abgang der Placenta abgenabelt wurde. Von 149 Kindern wurden 80 = 53,7 pCt. ikterisch. Nach Abzug von 135 Frühgeburten bleiben 114 reife Kinder, von denen 53 Icterus bekamen. S. konnte bestätigen, dass kräftige Kinder seltener ikterisch wurden wie schwächliche; ikterische Kinder nahmen langsamer zu wie nicht ikterische. Die Zahl der von Icterus befallenen Knaben übertrifft die der Mädchen (58,8 : 46,8 pCt.). Die Durchschnittsdauer der Gelbsucht betrug 6,2 Tage. Was die Ursache des Icterus neonatorum anlangt, so soll nach der Annahme vieler Autoren durch spätes Abnabeln ein Zerfall von roten Blutkörperchen und ein häufigeres Vorkommen von Icterus festzustellen sein. S. kann dies nicht bestätigen. 50 Kinder wurden sofort p. p. abgenabelt, 100 erst später, zum Teil erst nach Ausstossung der Placenta. Bei den sofort Abgenabelten trat der Icterus doppelt so häufig ein wie bei den später Abgenabelten.

Quisling (57) beschreibt die klinischen Symptome des Icterus an der Hand von 50 Fällen. 26 pCt. aller Neugeborenen wurden ikterisch. Die beim Icterus zu beobachtenden gastro-intestinalen Störungen sind nach Q.'s Meinung von grosser Bedeutung. In seinen sämmtlichen Fällen waren Zeichen acuter Dyspepsie oder von Magen-Darmkatarrh vorhanden (Meteorismus, Diarrhoe, Erbrechen etc.), Symptome, denen bis jetzt keine Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Häufig ist der Icterus von Temperatursteigerung begleitet, auch bewirkte er in 38 pCt. der Fälle schlechte Ernährungsverhältnisse. Verf. hält den Icterus neonatorum als durch katarrhalischen Ursprung entstanden. Dieser, wie er es nennt, physiologische Katarrh des Magendarmtraktus und des Gallenausführgangs ist die Folge einer physiologischen Hyperaemie, die durch die erwachende ungewohnte Verdauungswirksamkeit bedingt ist. Diese physiologische Hyperaemie nimmt nun leicht pathologischen Charakter an und wird zum Katarrh. Auch Kinder, die keinen Icterus bekommen, zeigen in den ersten Lebenstagen häufig Symptome einer abnormen Digestion. Die Zeit der Abnablung hat keinen Einfluss auf das Entstehen und die Häufigkeit des Icterus.

Bei der Kritik der hämatogenen und hämohepatogenen Anschauung über die Entstehung des Icterus nähert sich Schiff (58) der bekannten Auffassung Hofmeiers. Jedoch widerspricht er einigen Beweisgründen, die H. für seine Ansicht anführt. Während H. fand,

dass bei stark ikterischen Kindern in den ersten Lebenstagen eine starke Gewichtsabnahme eintrat, kann dies Sch. nicht vollinhaltlich bestätigen. Nach H. scheiden ikterische fast die doppelte Harnstoffmenge aus wie nicht ikterische Kinder. Auch Sch. hat einen höheren, procentuarischen Harnstoffgehalt bei solchen Kindern gefunden, jedoch ist die 24stündige Harnmenge bei ikterischen bedeutend geringer wie bei andern Kindern.

Die Zahl der roten Blutkörperchen bewegt sich während des Bestehens der Gelbsucht vollkommen innerhalb der normalen Grenzen; nach dem Verschwinden des Icterus ist die Blutkörperchenzahl entschieden geringer: die Abnahme tritt gewöhnlich sehr schnell ein. Das Verhalten der weissen Blutkörperchen ist im Ganzen normal. Auch die Hämoglobinwerthe schwanken während des Bestehens der Affektion innerhalb normaler Grenzen. Unter 21 Fällen wurde ein Fall beobachtet, bei dem schon während des Bestehens des Icterus eine Oligocythämie nachgewiesen werden konnte.

Jedenfalls spielt das Blut beim Entstehen des Icterus eine Rolle, jedoch ist das primäre Moment anderwärts zu suchen. Wahrscheinlich hängt die Entstehung des Icterus mit Stoffwechselvorgängen in den ersten Lebenstagen zusammen, die aber noch unklar sind.

Banon (59) nimmt eine hämatogene Entstehung des Icterus an. Die späte Unterbindung der Nabelschnur schützt, nach seiner Ansicht, das Kind gegen Icterus, worauf in prophylaktischer Hinsicht besonders zu achten ist.

Hinsichtlich der Entstehung des Icterus schliesst sich Schreiber (60) der alten von Peter Frank schon vertretenen, von Quincke wieder aufgenommenen Lehre von der Resorption der Galle aus dem Meconium des Dünndarms an. Nach Q. ist das Offensein des Ductus venosus Arantii die Hauptursache für das Zustandekommen des Icterus, denn durch diesen wird der aus dem Darm resorbirte Gallenfarbstoff direkt dem Körper zugeführt, ohne dass er vorher die Leber passirt. Ausserdem sind nach Quincke für die Enstehung des Icterus neonatorum noch drei Umstände günstig: die durch den Untergang zahlreicher Blutkörperchen verstärkte Gallenfarbstoffsekretion, das abweichende Verhalten der Harnsekretion beim Neugeborenen, der Reichtum des Meconiums an Gallenfarbstoff und das durch den Mangel der Darmfäulnis bedingte Fehlen der Reduktion des Bilirubins zu Urobilin.

Zunächst stellt Schreiber durch Injektionsversuche an drei Leichen ausgetragener Kinder fest, dass der Duct. ven. Arantii in seinen Fällen offen geblieben war. Weiterhin versuchte er den Gallenfarbstoff an der Resorptionsstelle im Dickdarm mikroskopisch nachzuweisen Schon an den gehärteten Präparaten konnte man eine gelbliche Verfärbung der Venenwände feststellen. An Schnitten, die mit Eosin gefärbt waren, trat an Stelle der gelblichen eine intensiv grüne Färbung auf, was Sch. auf eine Durchtränkung der Venenwand mit Gallenfarbstoff zurückführt.

Der Umstand, dass gerade frühreife Kinder häufig und stark icterisch werden, ist auf die grössere Weite des Ductus venosus Arantii bei diesen zurückzuführen.

Litteratur-Uebersicht.

1. Eröss, Ueber die Heilung und Behandlung des Nabels. Arch. f. Gyn., Bd. 45, Heft 3.
2. Ehrendorfer, Wien. med. Wochenschrift Bd. 45, p. 509.
3. Schrader, Centralbl. f. Gyn. 94, No. 46.
4. Roesing, Beobachtungen an 100 Neugeborenen über Temperaturverhältnisse und Nabelerkrankungen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. XXX. 94.
5. Doctor, Ueber die Heilung und Behandlung des Nabels. Arch. f. Gyn. Bd. 45, H. 2.
6. Eröss, Ueber die Verhältnisse der Neugeborenen in Entbindungsanstalten und in der Privatpraxis. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 29, Heft 1.
7. Keilmann, Zur Diätetik der ersten Lebenswoche. Deutsche med. Wochenschrift 95, No. 21.
8. Hermes, Untersuchungen über Temperaturverhältnisse und Sterblichkeit der Neugeborenen, verursacht durch Nabelerkrankungen. Centralbl. f. Gyn. 95, No. 17.
9. Paul, Wie ist der Nabelschnurrest der Neugeborenen zu behandeln? Inaug.-Diss. Marburg 94.
10. Grósz, Die aseptische Behandlung des Nabelschnurrestes. Wien. klin. Rundschau 95, No. 19.
11. Schliep, Zur Behandlung des Nabels der Neugeborenen. Therap. Monatshefte. Juni 95.
12. Ljwow, Ueber die Behandlungsmethode des Nabelstrangrestes. Medicins Koye Obosrevje 93, No. 3.
13. Turner, Die Pest von St. Kilda. Glasgow med. Journ. 95.
14. Stefanesco, Trismus neonatorum, ref. in Medical record. New York. Bd. 46, p. 313.
15. Escherich, Vier mit Tizzonis Antitoxin behandelte Fälle von Trism. und Tetan. neonat. Wiener klin. Wochenschrift 93, No. 32.
16. Firth, A case of tetanus neonat. unsuccessfully treated with tetanus-antitoxin. British med. journal 95.
17. Papiewski, Ueber den Starrkrampf der Neugeborenen. Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 37.
18. A. Baginsky, Berlin. klin. Wochenschrift 91, No. 7.
19. Fronz, Ueber Tetanus im Kindesalter. Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 40. 95.
20. Breus, Die Behandlung des Nabelschnurbruchs. Samml. klin. Vorträge. No. 77. Aug. 93.
21. Berger, Zwei Fälle von Nabelschnurhernien operativ geheilt. Revue de chir. 93, No. 10.
22. Pöppelmann, Die Behandlung des Nabelschnurbruchs. Inaug.-Diss. Marburg 94.
23. Hecht, Ein Fall von Nabelschnurbruch. Münch. med. Wochenschrift 94, No. 51.
24. Geuer, Centralbl. f. Gyn. 94, No. 42.
25. Marjantschik, Ein Fall von Laparotomie an einem Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis. Centralbl. f. Gyn. 96, No. 13.
26. Arndt, Nabelschnurbruch mit Herzhernie, Laparotomie mit tötlichem Ausgang. Centralbl. f. Gyn. 96, No. 24.
27. Wolczynski, Ueber zwei Endemieen von Icterus afebrilis neonatorum cum Hämoglobinuria. Internat. klin. Rundschau No. 26 u. 28, 93.
28. Kamen, Die Aetiologie der Winckel'schen Krankheit. Beiträge zur pathol. Anatomie u. allg. Path. Bd. 14. 93.
29. Ljwow, Die Winckel'sche Krankheit der Neugeb. Medicinskoye Obosrenje 93, No. 14.
30. Finkelstein, Zur Kenntniss seltener Erkrankungen der Neugeborenen. Berl. klin. Wochenschrift 95, No. 23.

31. Grósz, Pathogenese, Prophylaxe und Therapie des Soor bei Neugeb. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 42. 96.
32. Guidi, Ueber den Soor. Florenz 96.
33. Betrucke, Pemphigus neonatorum. Hosp. Tid. 4. R. II. 21. 94.
34. Staub, Ueber Pemphigus puerp. und Pemphigus neonat. Berl. klin. Wochenschr. 93, No. 49.
35. Trautenroth, Pemphigus neonat. periumbilicalis. Inaugural-Dissert. Marburg 92.
36. Somma, Das Sklerem der Neugeborenen. Neapel, stabil. typ. dell'Unione. 92. 84 S.
37. Schmidt, Drei Fälle von Sclerema neonatorum. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 32.
38. Herxheimer, Zur Casuistik der Sclerodermie. Inaug.-Diss. Greifswald 96.
39. Gärtner, Identischer Bakterienbefund bei zwei Melaenafällen Neugeborener. Arch. f. Gyn. Bd. 45.
40. v. Preuschen, Die Läsion der Centralorgane bei der Geburt als Ursache der Melaena neonatorum. Centralbl. f. Gyn. 94, No. 9.
41. v. Preuschen, Verletzungen des Kindes bei der Geburt als Ursache der Melaena neonatorum. Festschr. zur Feier des 50j. Jubiläums der Gesellsch. für Geburtsh. u. Gyn. in Berlin, p. 359.
42. Schütze, Ein Fall von Melaena neonat. Centralbl. f. Gyn. 94, No. 9.
43. Gärtner, Ueber Melaena neonat. Centralbl. f. Gyn. 94, No. 29.
44. Herrgott, Beiträge zur Aetiologie der gastro-intestinalen Haemorrhagieen bei Neugeborenen (Arch. de tocolog. et de gynéc. 94, No. 4), ref. Centralbl. f. Gyn. 95, No. 36.
45. Lorauchet, Note sur un cas de gastrorrhagie chez un nouveau-né au premier jour de la naissance. Gaz. hébd de méd. et de chir. 93.
46. Konkle, Gastro-intestinal hemorrhage in the newborn. Philad. Med News. Bd. 44, p. 424.
47. Neumann, Archiv f. Kinderheilk. Bd. XIII.
48. Müller, Münch. med. Wochenschr. 94, No. 13.
49. Dietel, Centralbl. f. Gyn. 96, No. 45.
50. Langerhans, Ueber Melaena traumatica. Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 96, No. 1, ref. Centralbl. f. Gyn. 96, No. 7.
51. Morgan, A case of Melaena neonat. British med. Journal, Bd. II, p. 1294. 95.
52. Rossiter, Melaena neonat. Brit. med. Journal 95, Bd. II, p. 1492.
53. Simmonds, Münch. med. Wochenschrift, Bd. 42, p. 431.
54. Stevenson, A case of gastro-intestinal haemorrhage in an infant. Lancet. Bd. II, p. 1622. 95.
55. Finkelstein, Zur Kenntniss seltener Erkrankungen der Neugeborenen. Berlin. klin. Wochenschrift 95, No. 23.
56. Schmidt, Beobachtungen über Icterus der Neugeborenen. Archiv für Gynäc. Bd. 45.
57. Quisling, Klinische Studien über Icterus neonat. Archiv f. Kinderheilk. 94.
58. Schiff, Beiträge zur Lehre des Icterus neonat. Archiv für Kinderheilk. 94.
59. Bauzon, L'ictère des nouveaux nés. La médecine infantile 94. p. 307.
60. Schreiber, Die Theorie Quincke's über die Entstehung des Icterus neonatorum. Berlin. klin. Wochenschrift 95, No. 25.

Berichte.

Der XII. internationale Medicinische Congress in Moskau.

II.

Der erste Theil dieses Stimmungsberichtes konnte noch während der ersten Tage des Congresses selbst, unter ihrem unmittelbaren Eindruck niedergeschrieben, unseren Lesern vor dem Bekanntwerden der Verhandlungen selbst geboten werden. Seitdem hat die medicinische Wochenpresse diese Verhandlungen in ihren wesentlichen Einzelheiten vorgeführt; es erübrigt uns lediglich, die allgemeinen Eindrücke festzulegen, wie sie in jenen bewegten Tagen unmittelbar in unser Congresstagebuch niedergeschrieben in den eingehenden Referaten ihre controllirende Ergänzung gefunden haben.

Die Erörterung des zweiten officiellen geburtshülflichen Discussionsthemas, über äussere Untersuchungsmethoden, machte durch die vortrefflichen Ausführungen von Leopold und Pinard unverkennbar einen erheblichen Eindruck auf die zahlreich versammelte Zuhörerschaar. K. Hennig's eingehende Darlegung des Gegenstandes war gedruckt in allen Händen. Es steht zu erwarten, dass die Bedenken gegen die leidige Uebertreibung der inneren Untersuchung in der Geburtshülfe unter den anwesenden Praktikern jedenfalls sehr lebendig geworden sind und dass die äussere Untersuchung in diesen Kreisen eine ernstere Würdigung erfahren wird.

Das Thema der Symphyseotomie fand in dem Vortrag von Olshausen „Ueber Erweiterungen der Indikationen der Sectio caesarea" eine bedeutungsvolle Fortsetzung. Wenn auch gewiss, zumal in Deutschland, die Schwierigkeit der Symphysenspaltung und die Misslichkeit, diese Operation in die allgemeine Praxis einzuführen, voll anerkannt werden, so erregte der Ausspruch Olshausen's, dass der Kaiserschnitt, weil leicht ausführbar, auch den Praktikern ohne eine specielle chirurgisch-gynäkologische Vorbildung anzuempfehlen sei, vielfach Bedenken. Wenn dann über die bisher geltenden Sätze der sogenannten relativen Indikationen hinaus auch bei directer Lebensgefahr, z. B. der Eclampsie, falls es keine schonendere Entbindungsart giebt, die Sectio caesarea als das Verfahren der Praxis anerkannt wird, so steht wohl zu befürchten, dass die durch die Erfahrung der Kliniken so befriedigend entwickelte Operationstatistik (Zweifel berichtet, dass er in 10 Jahren von 55 Kaiserschnitten nur einen verlor) bald ein anderes Gesicht zeigen wird!

Die seit dem Congress in Kopenhagen (1884) sich jedes Mal erneuernden Versuche, die Terminologie in der Geburtshilfe zu einer allgemeinen internationalen zu gestalten, hat La Torre-Rom durch Vorschläge für eine neue morphologische Classifikation der anormalen

Becken zu ergänzen versucht. Die geistvollen Ausführungen unseres römischen Freundes werden erst dann eingehend gewürdigt werden können, wenn sie in extenso gedruckt vorliegen.

Das Thema der chirurgischen Behandlung der Peritonitis hat F. v. Winckel in scharf präcisirten Sätzen erörtert, denen die in diesem Heft der Monatsschrift eingehend besprochene Darstellung in dem ersten Supplementband des Handbuches der speciellen Therapie äusserer Krankheiten zu Grunde lag. Die Forderung einer ausgedehnteren chirurgischen Behandlung der von den Genitalien ausgehenden allgemeinen Peritonitis wird gewiss zu erneuten Versuchen anregen, umsomehr, als v. Winckel durch die Differenzirung der einzelnen Formen der Peritonitis bedeutungsvolle Fingerzeige gegeben hat. Gewiss hat aber v. Winckel vollkommen Recht, wenn er das bis jetzt vorliegende Beobachtungsmaterial als noch nicht ausreichend bezeichnet, um die einzelnen Aufgaben dieses Vorgehens abschliessend zu beurtheilen. Bedarf es für die Mehrzahl dieser Fälle der abdominalen Operation, so bleibt erst durch ausgiebige Erfahrungen zu entscheiden, ob der Peritonealraum auszuspülen und zu drainiren, ob die Bauchhöhle weit zu eröffnen u. dgl. mehr. Die geringe Betheiligung an der Discussion hatte unverkennbar in der Schwierigkeit, schon jetzt weitere klärende Beiträge zur Beantwortung der von dem Referenten aufgeworfenen Fragen zu geben, ihren Grund; es wird die Aufgabe späterer Congresse sein, diesen Anregungen auf diesem so bedeutungsvollen Gebiete Rechnung zu tragen. Nur Noltschini-Moskau trat am folgenden Tage dem Thema näher, indem er über 15 secundäre Koeliotomien aus der Moskauer Klinik berichtete. Er trat dafür ein, die Vornahme des Eingriffs von dem allgemeinen Kräftezustand abhängig zu machen; Schwäche, Collaps, Darmparalyse bezeichnet er als Gegenindikationen für die secundäre Koeliotomie. Gerade damit schränkt aber Noltschini die Indikationen derartig ein, dass für die Operation nur ein sehr kurzer Augenblick als geeignet erscheint. Prophylaktisch erscheint N. der Vorschlag von Fritsch bedeutungsvoll, nicht durch zu häufige Anwendung von Abführmitteln die Darmmusculatur zu schwächen. Auch die mechanischen und chemischen Reizungen des Peritoneum erscheinen in diesem Sinne besonders bedenklich.

Die Erörterung der Bedeutung der Serumtherapie bei puerperaler Infection, über welche zu referiren Wallich-Paris — für den Pinard eintrat — und La Torre übernommen, führte die Minderwerthigkeit der bisherigen Präparate drastisch genug vor. Nur Weinstein-Odessa konnte sich rühmen, wenigstens an Katzen durch die Anwendung grosser Dosen und bei frühzeitiger Behandlung Erfolge erzielt zu haben.

Das Referat von Gubaroff: die Vergleichung der operativen Methoden bei der Behandlung des Carcinoma uteri und die Beurtheilung ihrer Leistungsfähigkeit zur Verminderung der Recidive — leitete unzweifelhaft den Höhepunkt der Verhandlungen unserer Section ein. Aus der lebhaften Discussion ging soviel hervor, dass diejenigen, welche auch nach dem Uebergreifen der Neubildung auf die Nachbarschaft des Uterus noch eine radikale Operation für möglich ansehen, folgerichtig die Lymphdrüsen des Ligamentum

latum entfernen müssen, dazu aber nur durch die Koeliotomie gelangen. Die Mehrzahl der anwesenden Operateure neigt unverkennbar nicht dem Klemmenverfahren zu.

Nicht weniger anregend wirkte die Erörterung von A. Clarke-Cambridge-Boston, über die operative Behandlung der Fibromyome. Referent hat noch in lebhafter Erinnerung, in welch diktatorischer Weise auf dem Internationalen medicinischen Congress in London 1881 Mathews Duncan die operative Behandlung der Myome verurtheilte, und wie isolirt damals Lawson Tait und er selbst dastanden, als sie für eine solche eintraten. 1897 waren La Torre und Olshausen entschieden in der Minorität, in ihren Einwendungen gegen die Operation der Myome, und auch sie wollten doch auch die Berechtigung dieser Art von Myomtherapie gelten lassen — wenn die Neubildung nämlich erhebliche Beschwerden verursachen. Der Standpunkt M. Duncan's ist wohl allseitig verlassen; wir streiten uns nur noch darum, wo die Grenzlinie zwischen Zuwarten und Eingreifen liegt!

Die Technik der Operation, speciell bei Myomoperationen fand nochmals eine eingehende Erörterung durch Doyen, der über Colpotome und Totalexstirpation mit einer Fülle eigenartiger Vorschläge sprach. Er schloss mit einer lebhaften Befürwortung des Operirens ohne präventive Haemostase: Klemmenbehandlung und Ligatur bilden für ihn nur untergeordnete Fragen. Er drainirt nur bei sehr lang dauernden Operationen mit grösseren Verletzungen des Beckenbodens, und dann mittelst Glasröhren nach der Scheide zu.

Während in der Discussion der Doyen'schen Mittheilung Dührssen wesentlich für die Colpotome anterior gegenüber der posterior eintrat, wies Ref. die Ausführungen Doyen's gegen die praeventive Haemostase zurück und betonte, dass die Versuche, das Doyen'sche Vorgehen per vaginam in immer grössere Ausdehnung an die Stelle des abdominalen zu stellen, ernsten Bedenken begegnen. Ausgedehnte Verwachsungen und umfangreiche Geschwülste werden stets die Domäne der abdominalen Operation bleiben. Der im Schlusswort von Doyen unternommene Versuch, seine Ausführungen und operativen Vorschläge durch seine Statistik zu stützen, muss als misslungen bezeichnet werden. Denn mit einer Mortalität 7—8 pCt. bei vaginalen Hysterektomien wegen Carcinom, 4—6 pCt. bei Myom, 2—3 pCt. bei doppelseitigen Adnexerkrankungen und endlich weniger als 5 pCt. bei abdominaler Totalexstirpation rangirt er hinter der Statistik, welche von anderer Seite für diese einzelnen Operationsgruppen erreicht sind.

Aus der Fülle der freien Vorträge erregte begreifliches Interesse die Erörterung und Demonstration der Vaporisatio uteri, welche unser Vorsitzender, Herr Sneguireff, in die gynäkologische Praxis eingeführt hat. Die kurz dauernde Einwirkung von ca. 100 ° heissem Dampf erfolgt ohne stärkere Schmerzempfindung, wie wir bei einer Demonstration in der Klinik uns überzeugten. Sneguireff erweitert zunächst mit dünnen Tubulis den Cervicalcanal, ohne Narcose der Pat. Mittelst eines einfachen und handlichen leicht transportablen Apparates wird dann zum ehreren Malen auf kurze Zeit der Dampf in das Cavum uteri eingelassen. Es handelte sich in dem uns vorgeführten Fall um hartnäckige Hämorrhagie, deren Ursache nicht bekannt gegeben wurde. Sneguireff

berichtete, dass die Schleimhaut darnach rasch zur Norm sich zurückbilde. Bei längerer Einwirkung kann man die Mucosa völlig zerstören. Experimente bei der Verletzung grösserer Gefässe — Durchschneidung der Art. femoralis, Verletzungen der Gehirnsinus, Nierenverletzungen haben die Zuverlässigkeit der Blutstillung durch die Vaporisation gezeigt.

Als Gegenstück sei angeführt, dass Nitot-Paris wieder zur Behandlung des Endometrium mit Bromdämpfen räth und Schmaltz-Nizza die Drainage des Uterus mit Catgut empfahl.

Schmaltz ging in einem zweiten Vortrag auf die Aetiologie des Carcinom ein, ohne seine Auffassung von der Protozoen-Provenienz desselben thatsächlich begründen zu können.

Pichevin-Paris vertrat mit Geschick und Eifer die operative Gynäkologie Frankreichs. Seinen Standpunkt zu den vaginalen Operationen und zur Frage der gynäkologischen Plastik kennen unsere Leser aus den in dieser Monatsschrift abgedruckten eingehenden Mittheilungen unseres geehrten Mitarbeiters. Jonescu-Bukarest trat lebhaft für die abdominale radikale Entfernung der erkrankten Genitalien ein, Ratschinsky-Petersburg für eine Bauchdeckennaht, welche den auf den deutschen Gynäkologen-Congressen in Wien und Leipzig mit so viel Erfolg praeconisirten nahe steht.

Unter den Mittheilungen über geburtshülfliche Fragen interessirten besonders die Vorträge von Sonntag-Freiburg über die Consistenz und Elasticitäts-Verhältnisse des Uterus während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und von Murdoch Cameron (Glasgow) über den Einfluss des Sitzes der Placenta an der Uteruswand auf die Einstellung des Kindes.

Carbajal's Vorschläge, die Hinterscheitelbein-Einstellungen durch entsprechende Drehbewegungen zu corrigiren, kamen ebensowenig wie die von Geoffroy (Paris), durch langandauernde Palpation das unstillbare Erbrechen zu bekämpfen, zur weiteren Discussion, obwohl die einzige Dame, welche an den Verhandlungen aktiv Theil nahm, Mad. Antuchewitsch, für das letztere Verfahren eintrat.

Everke-Bochum konnte seine Mittheilung über die perforirenden Scheidenrisse erst in der letzten Sitzung zum Vortrag bringen, sodass sie ebenso wie die von Cholmogoroff über secundäre Dammplastik und die von Jacub, über Infektionskrankheiten bei Schwangeren, zu einer eingehenden Erörterung, welche sie wohl verdient hätten, nicht mehr gelangten.

Es fiel auf, dass die auf früheren Congressen so lebhaften Berichte über die Elektrotherapie in der Gynäkologie gerade hier in Moskau vollständig in den Hintergrund traten; weder Apostoli's Vortrag über den Courant ondolatoire von M. d'Arsonval, noch der von Nederoff, über die entsprechende Behandlung der Extrauterinschwangerschaft mit dem elektrischen Strom, konnten zu weiteren Erörterungen anregen.

Nur vereinzelt wurden Sections-Demonstrationen vorgeführt.

Leopold gab im Anschluss an einige kurze Bemerkungen über die Bildung der intervillösen Räume in der Placenta die schönen Bilder seines Atlas herum: die auf die intervillösen Räume bezüglichen ähneln

vollkommen denen, welche Frau Dr. Ulesko-Stroganowa in Bd. V unserer Monatsschrift veröffentlicht hat.

Varnier zeigte Beckenphotographien, welche er bei nichtschwangeren Frauen angefertigt hatte. Indem er solche Photogramme Lebender mit denen von skeletirten Becken verglich, war er zu interessanten Schlüssen für die Beckenmessung aus solchen X-Strahlenbildern gekommen.

Neben dem Instrumentarium für die Vaporisation wurde auch ein bohrerförmiges Perforatorium von Favra-Barcelona und eine Steisslagen-Schlinge von Tsakiris-Paris als Bereicherung des geburtshülflichen Instrumentariums demonstrirt.

Den Dank der Section sprach den russischen Kollegen am Schluss unserer gehaltreichen Verhandlungen Herr v. Winckel aus, unter lebhaftester Zustimmung aller Anwesenden. Es war in der That nicht leicht gewesen, die Fülle des Materials zu bewältigen und allen den vielerlei Ansprüchen gerecht zu werden, welche an die Führer der Section gestellt wurden; die Herren Sneguireff und Makeïef haben mit unermüdlicher Sorgfalt ihre Aufgabe durchgeführt, trotz der zeitweilig tropischen Hitze, welche in der grossen Aula herrschte. Mit ihnen haben aber auch alle unsere russischen Kollegen mit wahrhaft kollegialer Aufmerksamkeit uns aufgenommen und alles gethan, um uns den Aufenthalt in ihrem grossen Vaterlande genussreich und belehrend zu gestalten. Fast mochte man es bedauern, dass die russischen Fachgenossen sich so vollständige Zurückhaltung in den Discussionen und Vorträgen auferlegten, um uns, ihre Gäste, voll zum Wort kommen zu lassen. Wir begrüssten es dankbar, dass v. Ott sich bestimmen liess, aus dieser Reserve herauszutreten und im späteren Verlaufe auch Rein, Sneguireff, Gubaroff und Lebedeff: sie gebieten über eine solche Fülle von Beobachtungsmaterial und einen so reichen Schatz von Erfahrungen, dass wir gern mehr und Eingehenderes von ihnen gehört hätten.

Moskau hat am Rande der Stadt, auf dem Jungfern-Feld, eine kleine Stadt klinischer Institute ganz neuerdings fertiggestellt erhalten, dort, wo das vortreffliche Pirogoff-Denkmal zur Einleitung des Congresses enthüllt worden ist. Unter allen diesen Häusern, die mit einem wahren Luxus ausgestattet sind, zeichnet sich die gynäkologische Klinik, welche Herr Schelaputin nach den Plänen Sneguireff's hat erbauen lassen, vor allen durch die durchdachte Einrichtung und elegante Ausstattung aus. Während die Riesenstadt in Dunst und schwer zu athmender Luft dalag, wehte hier über die weiten Felder ein frischer Luftzug; Balkons, Veranden, Gartenanlagen sicheren den Kranken vollste Behaglichkeit, wie sie ihnen die Räume und alle modernen Einrichtungen im Hause selbst boten. Hatten wohlthätige Laien diese Anlagen der Universität zur Verfügung gestellt, so hat andererseits Herr Makeïef diesen Kliniken in einer schönen Kirche einen glänzenden Abschluss aus seiner Tasche gestiftet.

Mit begreiflichem Interesse suchten wir den grossartigen Gebäudecomplex auf, der das von der grossen Katharina gestiftete Findelhaus umschliesst. In fast unabsehbaren Räumen werden 3000 Findelkinder verpflegt und herangezogen, die aus allen Theilen Russlands hierher ge-

bracht eine Sicherung ihrer Entwicklung, soweit das menschlich möglich ist, auf Kosten der Krone finden.

Soweit sich das bei einem solchen Besuch übersehen lässt, bewähren sich diese Einrichtungen vortrefflich; die Kinder mit ihrer Mutter oder Amme machten durchweg einen gedeihlichen Eindruck. Welche Fülle von Racen-Typen war da zu sehen! — In demselben Gebäudekomplex liegt die grosse Gebäranstalt und Hebammenschule, welche, ebenfalls von Katharina II. gegründet, heute noch in den alten Räumen aus der Zeit ihrer Gründung, aber doch unter strenger aseptischer Kontrolle, ihrer Aufgabe mit über 3000 Geburten im Jahre gerecht wird. Die Hebammen machen Jahreskurse durch; je nachdem die Schülerinnen 1, 2 oder 3 Jahre bleiben, sichern sie sich höhere Ansprüche an staatliche Versorgung.

Die Moskauer Tage haben viel mehr geboten, als wohl mancher von uns erwartet hatte. Zu den überwältigenden Eindrücken, welche diese urrussische Stadt mit ihren nationalen Eigenthümlichkeiten und der Fülle von Kunstschätzen, ihren historischen Bauwerken und Einrichtungen boten, haben unsere Moskauer Collegen und mit ihnen alle russischen Fachgenossen es verstanden, den Moskauer Kongress zu einem bedeutungsvollen Ereigniss zu gestalten, das in der Geschichte der internationalen medicinischen Kongresse eine glänzende Episode darstellt, reich an fachwissenschaftlichen Arbeiten, überreich durch die Erweiterung unser culturhistorischen Kenntnisse, hervorragend durch die Collegialität der russischen Aerzteschaft!

Die Heimfahrt durch die Don'schen Steppen, das Kaukasus-Gebirge, die kaukasische Tiefebene von Baku bis Batum und das Gestade des Schwarzen Meeres gab uns noch Gelegenheit, in Tiflis die der Geburtshülfe und Gynäkologie gewidmeten Einrichtungen kennen zu lernen. Hier besteht eine Hebammenschule, die unter der Leitung des Herrn Arteneff in steter Fortbildung begriffen ist. An seiner Seite ist mit Anderen Herr von Krusenstern thätig. Schon jetzt haben sie über 900 Geburten jährlich zu ihrer Verfügung. Eine gynäkologische Ambulanz ist in der Entwicklung. Das alte Gebäude hat neuerdings einen Zuwachs erfahren; isolirt von dem Gebärhaus steht eine Baracke für Carcinomkranke; sie war in dem herbstlichen Aufputz und daher z. Z. unbelegt. Das Stadt-Krankenhaus hat eine grosse gynäkologische Abtheilung, deren Leiter zu meinem Bedauern abwesend war. Endlich hat Herr Mekertschiantz, der seiner Zeit seine Studien unter E. Martin in Berlin gemacht hat, sich eine gynäkologisch-geburtshülfliche Privat-Anstalt gebaut, welche allen Anforderungen der modernen Hygiene entsprechend eingerichtet, einer grossen Zahl von Frauen Unterkunft bietet. Der wissenschaftlichen Ausbeute des Krankenmaterials steht das Laboratorium der Stadt zur Verfügung, wo die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen unter der Leitung des Prosektors Loris Melikoff ausgeführt werden. Die Collegen von Tiflis hatten sich unter der Führung des Civil-Medicinal-Inspektors Dr. Haudelin vereinigt, um die Congressgäste zu empfangen. Sie sind ihrer Aufgabe in der liebenswürdigsten Weise gerecht geworden, echte Pioniere auf diesem vorgeschobenen Posten abendländischer medicinischer Wissenschaft; ihnen gebührt ein besonderer Dank! —

Unser Weg führte uns sowohl auf den Nordabhang des Kaukasus-Gebirges in die rasch emporblühenden Bäder Piätigorsk, Essentuki und Kisslawodsk, als auch nach dem Vichy des Südens, Borjom, das unter hoher Grossfürstlicher Fürsorge in rascher vielversprechender Entwicklung begriffen ist. Noch sind die Heilfaktoren überall nicht voll ausgenützt, aber das Champagner-Bad in dem grossen Narsan in Kisslawodsk, und der wohlschmeckende alkalische Säuerling in Borjom sind wie Perlen, die nur reich gefasst und sorgfältig weiter gepflegt werden wollen, um einer vielseitigen Anerkennung und segensreichen Verwerthung sicher zu sein. Den Mangel an Moorbädern ersetzt dem Süden Russlands das Baden im Meerschlamm, in den Limanen bei Odessa. Nach der fünfwöchentlichen erdrückenden Sonnenglut hatte uns auf der Fahrt dorthin ein sehr fühlbarer Sturm die Luft abgekühlt; leider wirkte er zu empfindlich nach, um uns auch nur eine Probe dieser vielgerühmten Bäder zu gestatten. Wir erreichten es nachdem wir in Jalta bei dem Altmeister der russischen Gynäkologen, Kronid v. Slawjanski vorgesprochen; mit herzlicher Genugthuung sahen wir ihn völlig genesen bereit zu seinem grossen Petersburger Arbeitsfeld heimzukehren.

Den Schluss unsrer gynäkologischen Reiseerlebnisse bildete der Besuch der altehrwürdigen Jagellonischen Universität Krakau, wo Herr Jordan und Herr v. Mars unser Fach in so erfolgreicher Weise vertreten. Eine Fülle von Material, geburtshülflich und gynäkologisch, steht der grossen Zahl ihrer Studenten zur Verfügung. Auch hier waren die Kliniken feriengemäss nicht belegt, aber schon stand Alles bereit, die Arbeit frohgemuthet wieder aufzunehmen. —

Fürwahr eine Fahrt überreich an belehrenden und anregenden Eindrücken, die sich an das grosse medicinische Völkerfest in Moskau angeschlossen hat! Gruss und Dank allen, welche sich bemüht haben, es zu bereiten! A. Martin.

XII. Internationaler medizinischer Congress in Moskau

vom 19. bis 26. August 1897.

Referent Dr. Edm. Falk - Berlin.

1. Sitzung. 20. August Vormittags.

Nachdem die Sitzungen in der von Professor Martin in der vorigen Nummer dieser Monatsschrift beschriebenen Weise eröffnet waren, wurde als erstes von der Sektion aufgestelltes Thema die **Symphysiotomie** besprochen.

Henri Varnier führt Folgendes aus:

Die durch die Symphysiotomie erzielte augenblickliche Vergrösserung des knöchernen Beckens bewirkt, wenn man die Operation so ausführt, wie es Pinard auf dem internationalen Congress zu Rom vorschlug, dass die Kindersterblichkeit bei den verengten Becken nicht grösser ist, als die Sterblichkeit bei den künstlichen Entbindungen bei normalen Beckenmaassen. Die Operation lässt sich so ausführen, dass keine stärkere Blutung oder Weichteilverletzungen, welche eine dauernde Schädigung der Gesundheit der Operierten herbeiführen könnten, entstehen; die in seltenen Fällen eintretenden Verletzungen von Blase und Harnröhre werden gewöhnlich durch die Zangenanlegung verschuldet. Todesfälle, welche nach der Symphysiotomie eintreten, entstehen entweder durch zufällige Complicationen, welche mit

der Operation als solcher nichts zu thun haben, gewöhnlich durch septische Infektion, welche vom Utero-Genitalkanal ausgeht.

Die Heilung, welche nach der Symphysiotomie eintritt, ist eine vollständige, funktionelle Störungen finden nicht statt; gleichfalls ist es aber auch nicht erwiesen und es erscheint auch zweifelhaft, dass eine dauernde Vergrösserung des knöchernen Beckens eintritt. Störungen bei folgenden Schwangerschaften oder Entbindungen, welche durch eine vorangegangene Symphysiotomie veranlasst sein könnten, sind nicht beobachtet, sodass auch keine Gegenanzeige besteht, diese Operation mehrere Male bei derselben Frau auszuführen; um so mehr, da man auch durch die anderen operativen Verfahren, wie die von Phénoménoff und Frank keine dauernde genügende Vergrösserung des Beckens erzielen kann, vielleicht mit Ausnahme bei dem kyphotischen Becken. Die Symphysiotomie soll dann ausgeführt werden, wenn es sich um ein lebendes Kind handelt, wenn die Erweiterung der Geburtswege vollständig ist, die Eihäute geplatzt sind und die austreibenden Kräfte nicht genügen, das Missverhältnis zwischen kindlichem Schädel und mütterlichem Becken zu überwinden. In jedem Falle kann man bei einer Conjugata vera bis 7 cm hoffen, ohne Verletzungen ein lebendes Kind zu entwickeln; die Symphysiotomie soll nicht allein bei engem Becken im eigentlichen Sinne angewendet werden, sondern stets, wenn das Becken für das Kind zu eng ist, also auch bei einer übermässigen Entwickelung des Kindes bei normalem Becken.

So ist also die Symphysiotomie berufen, bei den anormalen Becken die künstliche Frühgeburt zu ersetzen, gewaltsame Zangen- oder Wendungsversuche, oder die Zerstückelung des lebenden Kindes zu verhüten. Eine Vergrösserung des knöchernen Beckens kann man aber allein durch diese Operation erzielen, die Walcher'sche Hängelage hingegen ist, wie Leichenversuche beweisen, nicht in der Lage das zu leisten, was Walcher versprochen hat und was viele Aerzte, ohne Nachprüfung, als richtig angenommen haben.

Für die Indikationsstellung zur Symphysiotomie soll man die normalen Becken in 2 Gruppen einteilen: 1) Die gleichmässig verengten Becken — und zwar ist es gleichgültig, aus welcher Ursache die Verengung eingetreten ist, ob es sich um rachitische Becken handelt oder nicht — sind die häufigsten und vor allem für die Ausführung der Symphysiotomie geeignet, sowohl wenn der gerade Durchmesser des Beckeneinganges oder der Beckenhöhle oder der quere Durchmesser des Beckenausganges verengt ist. Die Bestimmung des Ortes und der Grösse der Verengung ist in diesen Fällen leicht, gleichfalls ist das Maass der zu erzielenden Vergrösserung nach den bekannten Tabellen leicht festzustellen. 2) Die asymmetrischen Becken kann man, wenn auch ihr relativ seltenes Vorkommen und die Schwierigkeit einer annähernd genauen Bestimmung der Verkürzung des schrägen Durchmessers sie für eine besondere einzige Klasse zu bestimmen scheinen, doch in zwei Unterabtheilungen scheiden: a) in solche, deren Asymmetrie vor allem herrührt von einer begrenzten Hüftgelenkentzündung, die nicht auf das Kreuzbein übergegriffen hat, von einer einseitigen angeborenen Hüftgelenkluxation, von scoliotischen, rachitischen oder anderweitigen Verkrümmungen, b) in solche, deren Asymmetrie zu stande kommt durch eine mangelhafte Entwicklung des Kreuzbeinflügels und einer gleichzeitigen Synostose im Sacro-Iliacalgelenk. Für die unter a aufgeführten Becken ist für die Vornahme der Symphysiotomie die Asymmetrie ohne Bedeutung; sie sind bei der Indicationsstellung den gleichmässig verengten Becken mit derselben Verkürzung des geraden und queren Durchmessers gleichzustellen. Bei den unter b aufgeführten Becken kann man zwar auch in gewissen Fällen ein lebendes Kind ohne Verletzungen entwickeln, trotzdem ist bei ihnen die Symphysiotomie nicht auszuführen, sondern die Ischiopubotomie, der conservative Kaiserschnitt oder die Porro'sche Operation.

Die Symphysiotomie kann natürlich nur eine Erweiterung des Beckengürtels bewirken; da es mit Gefahr verbunden ist, eine Erweiterung der Weichteile durch die Operation erzielen zu wollen, ist es falsch, sie bei Geschwülsten der Weichteile, die das Geburtshindernis erzeugen, anzuwenden. Soll man aber auch, ausser den Gegenanzeigen zur Operation, welche durch

die Beschaffenheit des Beckens gegeben werden, solche anerkennen, welche durch das Befinden der Frucht oder der Mutter zur Zeit des notwendigen Eingriffes bedingt sind? Als solche hat man eine Gefährdung des kindlichen Lebens durch die lange Dauer der Geburt oder durch vorausgegangene operative Eingriffe bezeichnet; eine Gegenanzeige, die wohl theoretisch berechtigt ist, aber nicht in der Praxis Geltung haben kann. Denn es ist nach dem Stand unserer Kenntnisse unmöglich, solange man Herztöne hört, zu bestimmen, ob das Leben des Kindes gefährdet ist oder nicht. Daher sollte, mit Ausnahme einer sicher festgestellten Missbildung, das Aufhören der Herztöne die einzige zulässige Contraindication für die Operation sein.

Weiter will man eine Infection des Genitaltraktus als Gegenanzeige für die Symphysiotomie betrachtet wissen; weil die Operationswunde, selbst wenn die Operation antiseptisch durchgeführt ist und die Wunde nicht mit der Scheide communicierte, doch secundär inficiert werden könnte. Die Praxis hat erwiesen, dass diese Furcht unbegründet ist. Wenn Varnier daher doch die Infection des Genitaltraktus als Gegenanzeige für die Operation auffast, so trägt dazu die Furcht bei, dass eine direkte Communication zwischen Scheide und Operationswunde bestehen kann. Eine eitrige Beckenbindegewebsentzündung wäre die Folge, wenn man dabei die Symphysiotomie ausführen würde, und die Gefahren, welche von der Infektion des Genitaltraktus ausgehen, würden alsdann um eine weitere vermehrt. Die noch nicht manifeste Infektion des Genitaltraktus zu erkennen, ist allerdings häufig sehr schwierig, daher betrachtet Varnier auf Grund seiner Erfahrungen Fieber, das zur Zeit des notwendigen Eingriffes besteht, als Gegenanzeige zur Vornahme der Symphysiotomie. (Nach einem Selbstbericht.)

Der Vortrag des zweiten Referenten Zweifel-Leipzig ist in der vorigen Nummer dieser Monatsschrift ausführlich erschienen.

Discussion.

Küstner: Wenn er in der Lage ist, bei Frauen mit engen Becken die künstliche Frühgeburt einzuleiten, so zieht er diese vor; aus diesem Grunde hat K. nur 7 Symphysiotomien ausgeführt. Handelt es sich aber um die Frage, ob eine Sectio caesarea oder eine Symphysiotomie gemacht werden soll, so bevorzuge er letztere und wende sie auch bei Erstgebärenden an. Bei diesen sah er allerdings stärkere Zerreissungen der Weichtheile eintreten, möglicherweise weil er bisher die künstliche Entbindung direkt an die Operation anschloss. Die Symphysiotomie sei aber technisch schwieriger als der Kaiserschnitt, trotzdem seien sämmtliche Frauen, die er operirt hätte, geheilt, die Kinder wären alle lebend geboren.

La Torre: Varnier sei nicht berechtigt, nach Leichenversuchen die Walcher'sche Hängelage zu verwerfen, dieselbe sei vielmehr durchaus geeignet, den Fortschritt der Geburt zu erleichtern. Die Hängelage müsste eigentlich nach Scipio-Mercuriale bezeichnet werden, da dieser sie schon im Jahre 1589 in ähnlicher Weise beschrieben hätte.

Dimante: Die Weichtheilverletzungen, welche in Folge der Symphysiotomie entstehen, könne man vermeiden. Denn diese entständen dadurch, dass das Schambein, das sonst die vordere Scheidenwand schützt, indem es den vorliegenden Theil gegen den Damm drängt, nach Durchschneiden der Symphyse diesen Schutz nicht mehr ausüben könne. Diesen Schutz müsse man also künstlich ersetzen, entweder indem man mit Hülfe der Hand den Kopf gegen das Perineum drängt, oder indem man ein passendes Instrument zum Schutz der vorderen Scheidenwand einführt, gleichzeitig müsse man frühzeitig Scheidendammincisionen machen.

2. Sitzung, am 20. August Nachmittags.

I. Die Kolpotomie bei Entzündungen der Adnexe, bei Verlagerungen und Neubildungen der Gebärmutter.

Dührssen versteht unter der genannten Operation die von ihm angegebene Eröffnung der Bauchhöhle vom vorderen Scheidengewölbe aus mit nachfolgender Extraction des Uteruskörpers und der Adnexe in die Scheide. Mittelst dieser Methode und nachfolgender Vagino-

fixation des Uterus oder der Lig. rot. hat D. seit 1891 305 Fälle von Retroflexio mobilis et fixata operirt, von denen vier Fälle gestorben sind und 12 Fälle recidivirten. D. zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass die Kolpocoeliotomia anterior bei uncomplicirter Retroflexio und bei sonst gesunden Frauen als eine ungefährliche Operation zu bezeichnen ist, bei ganz schwerer Pelveoperitonitis dagegen zu Blutungen führen kann, die nur durch den Uebergang zur vaginalen Uterusexstirpation beseitigt werden können.

Die Recidive der Vaginofixation lassen sich durch die Verwendung von Silkworm und die Annähung des Uterus in der Höhe der Tubenansätze vermeiden. Geburtsstörungen nach Vaginofixation blieben gänzlich aus, falls die Oeffnung in der Plica vesicouterina durch eine versenkte Naht für sich geschlossen wird.

Ausgezeichnete Resultate erzielt die Vaginofixation in Verbindung mit den bisher üblichen Operationen auch bei Prolapsus uteri et vaginae. Zur Heilung von Entzündungen der Adnexe und des Beckenbauchfells hat D. in 200 Fällen die Kolpocoeliotomia anterior vorgenommen. Von diesen Fällen starben acht. Durch bestimmte Modificationen der Technik lässt sich diese geringe Mortalität noch weiter herunterdrücken. In 29 dieser Fälle wurden Uterus und Ovarien aus Verwachsungen gelöst, in weiteren 53 Fällen wegen Cystenbildung die Ovarien ignipunktirt, resp. resecirt, in 103 Fällen die Adnexe der einen Seite oder beiderseitig mit Zurücklassung gesunder Ovarialreste entfernt (Salpingo-Oophorectomia vag.), in mehreren Fällen die Salpingostomie und aus zwingenden Gründen in einem Falle die Sterilisation der schwer kranken Frau mittels Tubendurchneidung ausgeführt.

Unter den Adnexexstirpationen befanden sich 15 Fälle, wo die gravide Tube exstirpirt wurde, 57 Fälle von Entfernung grösserer Tubensäcke resp. Ovarialcysten. Die grösste dieser Cysten, ein glanduläres Kystom, wog 10 kg und wurde mitsammt einer doppelseitigen Pyosalpinx entfernt, während das gesunde, rechte Ovarium sowie der aus seiner Verwachsung befreite und dann vaginofixirte Uterus zurückgelassen wurden. Vielfach wurde bei Pyosalpinx, Hydrosalpinx und Ovarialabscess operirt. In derselben Sitzung wurden stets auch die so häufigen Erkrankungen des Uterus und der Scheide operativ beseitigt.

Die Kolpocoeliotomia anterior eignet sich endlich vorzüglich zur Entfernung bis faustgrosser Myome des Uteruskörpers (Coeliomyomectomia vag.) Sämmtliche von D. operirten Fälle sind günstig verlaufen. Das grösste Myom, ein submucöses Myom, wog 340 g und wurde nach Spaltung der vorderen Corpuswand von seiner Insertion an der hinteren Wand abgelöst. In einem anderen Fall entfernte D. zehn bis hühnereigrosse, subseröse und interstitielle Myome.

Wegen ihrer Ungefährlichkeit sollte diese Operation bei allen kleineren Myomen jugendlicher Individuen zur Anwendung kommen, falls die Myome Beschwerden machen.

Die Bedeutung der Kolpocoeliotomie anterior liegt darin, dass sie in der Mehrzahl aller Fälle die ventrale Koeliotomie (Laparotomie) überflüssig macht, und im Gegensatz zur vaginalen Exstirpation des Uterus und der erkrankten Adnexe der Frau die gesunden Theile der Genitalorgane, nämlich den Uterus und mindestens einen Ovarialrest, und hierdurch den weiblichen Geschlechtscharakter erhält!

(Autoreferat.)

Der Vortrag des zweiten Referenten Martin (Berlin) ist in der vorigen Nummer dieser Monatsschrift erschienen.

Discussion.

Küstner: Wenn die vaginalen Operationen im Allgemeinen weniger gefährlich sind, wie ventrale Kõliotomie, so sei vor allem die leichtere Durchführung der Asepsis die Ursache.

Die Instrumente können wir sterilisiren, aber nicht in gleicher Weise unsere Hände; bei vaginalen Operationen kommt nur eine Hand in die Bauchhöhle, anders bei der ventralen Operation. Die Infectionsgefahr ver-

meide man dadurch, dass man nach dem Vorschlag von Mikulicz bei der Operation Handschuhe trägt. K. sah bei den letzten 81 Fällen, in denen er Handschuhe trägt, keine Infektion. Doch müssen die Hände unter den Handschuhen ebenso sterilisirt sein, wie früher, da sonst, wie man experimentell leicht nachweisen kann, die Bakterien durch die Handschuhe dringen und sich mit dem Blut mischen.

Olshausen: Der Hauptunterschied zwischen der Gefahr der vaginalen und ventralen Operationen ist bedingt, dadurch dass nach vaginalen Operationen eine viel geringere Shockwirkung eintritt als nach ventralen, weil wir weniger mit den Darmschlingen zu thun haben. Der unter Shockwirkung stehende Kranke ist aber leicht zur Infektion geneigt. Bei allen vaginalen Operationen operiren wir weiter viel weniger in der Bauchhöhle, so kommen wir bei der Uterusexstirpation fast gar nicht in die Bauchhöhle hinein.

Lébédev: Da auch nach Martin's Statistik 27 pCt. der Operirten nicht geheilt würden, solle man bei der Behandlung der chronischen Peritonitis Moor- und Schlammbäder anwenden.

Zweifel: Die Frage, ob besser eine vaginale oder ventrale Operation vorgenommen werden soll, ist eine viel umstrittene.

Die ventrale Operation gewährt eine bessere Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und die Möglichkeit einer exakteren Blutstillung. Die vordere Kolpoköliotomie ist nicht so ungefährlich, Nebenverletzungen können vorkommen. Ueber Entblössung der Därme und Shockwirkung hat Zweifel die entgegengesetzte Ansicht wie Olshausen. Schützen wir die Därme vor Abkühlung und sorgen wir für exakte Blutstillung, so sind die Gefahren der ventralen Operation gering, auch die der Eventration, die eine Vorbedingung für eine genaue Blutstillung ist. — Einen Unterschied zu Gunsten der vaginalen Operation kann Zweifel nicht anerkennen.

Pichevin: Die Kolpoköliotomie ist eine leichte Operation, bei der keine Bauchbrüche entstehen können. Mit der Kolpokoeliotomia ant. hat P. gute Resultate erzielt, in einem Falle trat jedoch nach der Operation eine Geburtsstörung ein. Mit der Kolpoköliotomie hat er gleichzeitig wiederholt Verkürzungen der Ligamenta rotunda ausgeführt, doch kann er wegen der Kürze der seit der Operation verflossenen Zeit nicht über Dauererfolge berichten. In der Mehrzahl der Fälle wurden in derselben Sitzung Curettement des Uterus, Amputationen des Collum, Kolporrhaphien etc. ausgeführt. In Fällen, in denen man sicher ist, dass es sich um eine unkomplicirte Retroflexio handelt, kann die Alexander Adams'sche Operation zweckmässig die Vaginifixation ersetzen, in Fällen, in denen jedoch Zweifel bestehen, ist die Kolpoköliotomie vorzuziehen, da wir bei ihr gleichzeitig Tumoren des Uterus abtragen, oder erkrankte Adnexe entfernen können. P. macht zur Freilegung des Gesichtsfeldes einen halbmondförmigen Schnitt. Die zu entfernende Geschwulst darf jedoch nicht zu gross und nicht zu adhärent sein, eine tiefe Lage derselben erleichtert die Operation. Die Kolpoköliotomie hat den Vortheil, dass man, wenn es wegen doppelseitiger Erkrankung der Adnexe nothwendig ist, direkt zur vaginalen Radikaloperation übergehen kann.

Dührssen: Auch er mache den T-Schnitt, von dem halbmondförmigen Schnitt sei er zurückgekommen, weil er Nebenverletzungen fürchtete. Bei seiner Schnittführung lassen sich bei genügender Uebung Nebenverletzungen leicht vermeiden. Auch die Art der Eröffnung des Peritoneum hat D. geändert, er eröffnet es durch einen Längsschnitt, der möglichst weit auf das Peritoneum der Blase ausgedehnt wird. Die Hauptsache bleibt jedoch die isolirte Vernähung der Plica. Ein grosser Vorzug der vaginalen Operation gegen die ventrale ist ferner, dass sie eine schnelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gewährleistet.

Vor der niedrigen Fixation des Uterus warnt D., falls man eine Heilung der Retroflexio erzielen will. Auch vor einem konservativen Verfahren bei Tubarschwangerschaft, wie es Martin durch Wiedervernähen der Tube ausführt, räth er ab, da gewöhnlich die Tube katarrhalisch erkrankt ist, und da der Tubenkatarrh nach D.'s Ansicht die Entstehung der Tubarschwangerschaft ermöglicht, kann leicht bei einer neuen Conception eine zweite Tubarschwangerschaft eintreten.

Martin weicht in der Technik von Dührssen ab, er bedient sich des Längsschnittes, an den er wenn erforderlich, nur ganz kleine Seitenschnitte anfügt, er eröffnet die Plica transversal und leitet den Uterus mit Kugelzangen vor den Peritonealschlitz. Als Nahtmaterial verwendet er Juniperuskatgut. Die Bauchwunde schliesst er, indem er die oberste Naht durch Scheide, Basis der Blase, Plica und auf dem umgekehrten Wege zurückführt. Der Entstehung der Extrauterin-Schwangerschaft, wie sie Dührssen annimmt, widerspricht er, da er sich nicht nur bei einzelnen Operationen von dem vollständigen normalen Zustand der Tube überzeugen konnte, sondern auch Prochownick einen Fall beobachtet hat, in dem, obwohl auf einer Seite die Adnexe exstirpirt waren, auf der anderen Seite aber die schwangere Tube nach Entleerung ihres Inhaltes vernäht war, die Frau wieder intrauterin schwanger wurde.

3. Sitzung, am 21. August Vormittags.

Ueber äussere Untersuchungsmethoden.

Leopold sieht in der Aufstellung dieses Themas eine Anerkennung der Bestrebungen, die innere Untersuchung der Schwangeren und Gebärenden einzuschränken. Die geburtshilfliche äussere Untersuchung ist in den letzten 30 bis 40 Jahren vorzüglich ausgebildet worden. Die äussere Untersuchung wurde früher vorwiegend in der Schwangerschaft und im Beginn der Geburt, die innere während des Verlaufes derselben angewendet, weil man sich nicht gewöhnt hatte, die Fortschritte der Geburt mittelst der äusseren Untersuchung festzustellen. Und doch kann man bei der äusseren Untersuchung nie eine Infection verursachen, wie bei der inneren. Eine Schnelldesinfection der Hände, wie sie der praktische Arzt, welcher viel mit Infectionsmaterial in Berührung kommt, fast stets vornehmen muss, genügt keineswegs um die Hände steril zu machen.

Es giebt nun eine Methode, welche der äusseren Untersuchung, welche in Verbindung mit der Beckenmessung vorgenommen werden muss, dieselbe Sicherheit gewährt, die Fortschritte der Geburt zu verfolgen, wie wir sie durch die innere Untersuchung erreichen; es sind dieses die 4 von L. angegebenen Griffe, der 1. Griff belehrt uns über die Grösse der Gebärmutter und darüber, ob das Kind gerade oder quer liegt, durch den zweiten erfahren wir, wo der Rücken liegt, der dritte giebt uns Auskunft über den vorangehenden Kindestheil, wenn derselbe noch hoch steht, während der vierte uns diesen unterscheiden lässt, auch wenn er tief in das Becken herabgetreten ist.

Diese Untersuchungsmethode ist an mindestens 10 000 Fällen in der Klinik von L. angewendet. Von 2000 Geburten im letzten Jahre hätten mindestens 1700 allein durch die äussere Untersuchung geleitet werden können, Hebammen und Aerzte sollen daher möglichst genau in der äusseren Untersuchung ausgebildet werden; im Unterricht kann natürlich die innere Untersuchung nicht vernachlässigt werden.

Anders verhält es sich bei pathologischen Geburten, hier kann nur eine äussere und innere Untersuchung gemeinsam die Indikationsstellung für den Zeitpunkt eines Eingriffes feststellen.

Die gegen die äussere Untersuchung erhobenen Vorwürfe, dass sie vorzeitige Wehen erzeuge, dass das untere Uterinsegment gequetscht werde etc., haben sich nach den Erfahrungen L.'s nicht bestätigt, wenn man die Untersuchung methodisch ausführt.

L. stellt daher folgende 2 Sätze auf:

1) Normale Geburten kann man allein mittelst der äusseren Untersuchung leiten, mit ihr schädigt man weder eine Schwangere noch eine Gebärende.

2) Zur Verhütung des Kindbettfiebers soll man daher die innere Untersuchung bei normalen Fällen möglichst vermeiden, bei regelwidrigen auf das nothwendige Maass beschränken.

Adolphe Pinard. Die äussere Untersuchung, welche in der französischen Litteratur als attouchement, toucher abdominale, palpation externe

und am häufigsten als palper abdominal bezeichnet wird, ist eine der wichtigsten Untersuchungsmethoden in der Geburtshülfe; obwohl sie schon seit undenklichen Zeiten bekannt ist, ist sie doch erst seit Anfang dieses Jahrhunderts in ausgedehnterer Weise angewendet worden; aber erst in der zweiten Hälfte desselben und besonders in den letzten 20 Jahren ist ihr Studium vertieft und ihre Anwendung methodisch betrieben worden, so dass wir jetzt zu der Forderung berechtigt sind, ihre Anwendung bei der Untersuchung einer jeden Schwangeren zu verlangen. Leicht zu lehren, leicht zu lernen und anzuwenden, ist sie imstande am besten Aufschluss zu geben über die Diagnose einer normalen oder einer fehlerhaften Lage, über einfache oder Zwillingsschwangerschaft, über intrauterine oder extrauterine Gravidität. Gewisse Diagnosen, wie Drillinge, Hydrocephalus können erst seit ihrer methodischen Anwendung sicher gestellt werden. Während der Schwangerschaft bestimmt sie in einer Anzahl von Fällen, ob wir Operationen vornehmen sollen, um schwere Störungen während der Entbindung zu vermeiden. Während des Fortschreitens der Geburt steht sie an Wichtigkeit der inneren Untersuchung, welche mit einem Finger oder mit der ganzen Hand ausgeführt wird, nach, wenn sie uns auch bisweilen wertvolle Aufschlüsse über den Stand der Geburt geben kann. Hingegen ist sie während der Austreibungsperiode der inneren Untersuchung wieder gleichwertig: während des Wochenbettes ist sie in normalen Fällen stets imstande, uns jede notwendige Aufklärung zu geben, und sie sollte in diesem nur bei gewissen pathologischen Fällen durch eine innere Untersuchung ergänzt werden.

Der dritte Referent Karl Hennig (Leipzig) ist nicht anwesend, schickte aber einen sehr ausführlichen und fleissigen Vortrag ein. Er hebt ausdrücklich hervor, dass es von grösster Wichtigkeit ist, die Schwangere zuerst äusserlich zu untersuchen; eine Infection wird unbedingt vermieden, von einer inneren Untersuchung aber kann man nach den Ergebnissen der äusseren oft Abstand nehmen.

Discussion.

Küstner betont die Möglichkeit, das Fruchtwasser zu palpiren; weisen wir es an 2 Stellen getrennt nach, können wir die Diagnose auf Zwillingsschwangerschaft stellen.

v. Ott: Die Nothwendigkeit der gründlichen Ausbildung des geburtshülflichen Personals in den äusseren Untersuchungsmethoden sei nothwendig, die übertriebene Furcht vor einer inneren Untersuchung sei jedoch ungerechtfertigt. Im Verlaufe von 4 Jahren sah er bei ca. 1500 Geburten im Jahre nur 4 Fälle von Sepsis entstehen, obwohl jede Gebärende wiederholt von mehreren Studirenden untersucht wurde. Strengste Desinfection des Geburtskanals, der Instrumente und Hände sei natürlich erforderlich.

Aber nicht nur in der geburtshülflichen, sondern auch in der gynaekologischen Diagnose leiste die äussere Untersuchung gute Dienste, da sie bisweilen eine Diagnose vor der bimanuellen Untersuchung ermöglicht.

La Torre verwendet die innere Untersuchung in ausgedehnter Weise zu Unterrichtszwecken, trotzdem sah er nie einen Fall von Sepsis eintreten. Dass aber die innere Untersuchung gründlich gelehrt werde, ist um so nothwendiger, da wir allein mit ihrer Hülfe feststellen können, wann der Zeitpunkt für einen operativen Eingriff gekommen ist.

Die Sectio caesarea und die Erweiterung ihrer Indikation beim engen Becken.

Olshausen: Die relative Indikation für den Kaiserschnitt nahm man früher an, wenn das Interesse für das Leben des Kindes die Operation veranlasste. Ihr sind in den letzten Jahren wesentlich weitere Grenzen gezogen worden und mit Recht. Denn da die Gefahren des Kaiserschnittes so wesentlich geringere geworden sind, so ist auch bei einer relativen Indication die Prognose für die Frau häufig günstiger, als wenn wir die natürliche Entbindung abwarten oder eventuell eine anderweitige künstliche Entbindung vornehmen.

Wann aber soll man den Kaiserschnitt vornehmen? Wenn möglich, nachdem die Wehenthätigkeit einige Stunden im Gange ist, bei einer

drohenden Gefahr soll man aber auch während der Schwangerschaft operiren In Bezug auf die Technik ist von Wichtigkeit, dass man möglichst vorher den Sitz der Placenta bestimmt, um eine Verletzung derselben zu vermeiden. Gelingt dieses nicht, so schneidet Olshausen am Fundus ein und verlängert alsdann je nach dem Sitz der Placenta den Schnitt nach vorn oder hinten. Nach Extraktion des Kindes und Entfernung der Placenta wird die Innenfläche des Uterus unberührt gelassen, insbesondere sollen keine Versuche gemacht werden, die Decidua zu entfernen. Um ein Absterben des Kindes zu verhüten, hat Olshausen in den letzten Jahren von der Umschnürung der Cervix mit einem elastischem Schlauch Abstand genommen und lässt nur nach Extraktion des Kindes die Cervix durch den Assistenten comprimiren.

Die Naht führt Olshausen, wie bei fast allen gynaekologischen Operationen mit Catgut aus, ohne dass er je einen Nachtheil von dieser Nahtmethode sah; im Gegentheil, bei 5 Wiederholungen von Kaiserschnitten konnte er sich überzeugen, dass die Heilung in vollkommenster Weise zu Stande gekommen war.

Seit 1888 hat Olshausen unter 30 Kaiserschnitten denselben 29mal bei 24 Frauen wegen verengten Beckens gemacht, von den Frauen sind nur 2 gestorben, die Kinder konnten alle lebend entwickelt und 26 lebend aus der Klinik entlassen werden. Auffallend erschien Olshausen, dass die meistens sehr kleinen Frauen, welche sich dem Kaiserschnitt unterwerfen mussten, häufig relativ grosse Kinder hatten, so war das Durchschnittsgewicht der Kinder von 20 rachitischen Müttern 3316 g. Weiter verzeichnet Olshausen dass die Reconvalescenz nach dem Kaiserschnitt gewöhnlich nicht fieberfrei ist, nur relativ wenig Frauen hatten Temperaturen stets unter 38; aber auch, der Puls ist stark beschleunigt, so dass eine anhaltende Pulsfrequenz über 120 nicht zu den Seltenheiten gehört. Vielleicht lässt sich dieses Verhalten durch adhaesive Peritonitis erklären, von deren Entwickelung er sich bei der Wiederholung des Kaiserschnittes durch das Bestehen von Adhaesionen überzeugen konnte. Das Allgemeinbefinden der Frauen war trotzdem während der Reconvalescenz stets ein gutes. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Olshausen zu folgenden Schlüssen:

1) Bei der jetzt verbreiteten Sicherheit des Kaiserschnittes hat die absolute Indication für denselben an Ausdehnung gewonnen.

2) Auch die relative Indication verdient aus denselben Gründen grössere Ausdehnung.

3) Aus gleichen Gründen soll man auch bei direkter Gefahr (Eclampsie etc.), falls es keine schonendere Entbindungsart giebt, die Sectio caesarea ausführen.

4) Die Symphysiotomie scheint noch nicht die technische Sicherheit gewonnen zu haben wie der Kaiserschnitt, der eine einfache Operation ist.

Discussion.

Leopold: Da es in Sachsen sehr viel enge Becken giebt, hatte er Gelegenheit, in 14 Jahren 93 Kaiserschnitte zu machen, davon waren 67 konservative, 26 Entfernungen der Gebärmutter nach Porro. Die Zahl der unbedingten Indikation für den Kaiserschnitt war bei den nach Porro Operirten grösser, als bei den erhaltenden Kaiserschnitten (30.8 : 14,4 pCt.). L. hält an der Anlegung des Schlauches fest, allerdings mit möglichst kurzer Anwendung, der Schlauch wird erst nach Entfernung des Kindes zugeschnürt und wenn möglich nur 2—3 Minuten liegen gelassen. 10 Operirte mussten später noch einmal den Kaiserschnitt durchmachen. Den Sitz der Placenta bestimmt er nach der Entfernung der Ligamenta rotunda von einander. Um das Kind zu retten, hat er auch bei florider Gonorrhoe operirt. Die Indikationsstellung kann man jetzt in der That weiter ausdehnen, doch hält er im Allgemeinen die Einleitung der künstlichen Frühgeburt für den praktischen Arzt leichter. Die Sectio caesarea hält er nicht für eine so einfache Operation, wie sie Olshausen hinstellt. L. hat von 93 Operirten 8 verloren (8,6 pCt.).

v. Ott. Ein frühzeitiges Operiren, ohne den Anfang der Geburtsthätigkeit abzuwarten, giebt beim Kaiserschnitt zweifellos gute Resultate;

die Furcht, dass sich die Gebärmutter alsdann schlecht contrahiere, ist unberechtigt, wie v. Ott sich in Fällen, in denen er vor Beginn der Wehenthätigkeit operierte, überzeugen konnte. Auch die Umschnürung der Cervix ist nutzlos, bisweilen sogar schädlich, nicht weil das Kind hierdurch asphyktisch wird, sondern weil die nachfolgenden Gebärmuttercontraktionen alsdann wesentlich schlechter zu sein pflegen, wie von anderer Seite durch Thierexperimente bestätigt ist. Auch die manuelle Compression des Cervixhalses verwirft er, er lässt vielmehr nur, falls eine Blutung eintritt, die in der Basis des Ligamentum verlaufende Arteria uterina comprimieren. Ein Anschneiden der Placentarstelle fürchtet er nicht, da durch die Naht sich eine sichere Blutstillung erreichen lässt; durch diese Naht wird gleichzeitig die Placentarstelle comprimiert. Als Nahtmaterial verwendet er dünne Seide. Im letzten Jahre hatte er Gelegenheit ein fast ausgetragenes lebendes Kind aus dem rudimentären Horn der Gebärmutter mittelst Sectio caesarea zu entwickeln.

Zweifel hält die Gefahren des Kaiserschnittes für wesentlich grösser als die der Symphysiotomie. Er hat in 10 Jahren 55 Mal die Sectio caesarea ausgeführt, dabei nur eine Kranke verloren.

4. Sitzung am 21. August 1897. Nachmittags.

Leopold. Demonstration zum Bau der Placenta. Auf dem Leipziger Gynäkologen-Congress hatte Leopold berichtet, dass bei einem Ei von 7—8 Tagen, das er untersucht hatte, die jüngsten Sprossen der Zöttchen sich durch Wucherung des Syncytium in die Decidua vera eingraben und eine Arrosion der Kapillaren herbeiführen. Damals blieb es unaufgeklärt, wieso die Zöttchen so schnell Kapillaren arrodieren und dadurch mit dem mütterlichen Blut in Verbindung treten können. Durch neuere Untersuchungen hat Leopold nun festgestellt, dass sich an den Endschlingen der kleinsten Arterien, die bis an die Oberfläche der Schleimhaut verlaufen, stets eine kleine Erweiterung findet, auf die das wachsende Zöttchen stösst und deren Endothel es zur Arrosion bringt. Das Kapillarnetz der Decidua vera erweitert sich schon nach 8—10 Tagen zu diesen oberflächlichen Lacunen.

La Torre (Rom): **Eine neue Classification der anormalen Becken.**

Wenn auch an Classificationen der anormalen Becken kein Mangel herrscht, im Gegenteil weist fast jedes Lehrbuch eine andere Einteilung auf, das eine nach der Pathogenese, das zweite nach der Verkürzung der Durchmesser u. s. w., so giebt es doch bisher keine klare und zugleich zweckmässige Einteilung. Die Thatsache, dass jeder Autor seine eigene Einteilung hat, erschwert natürlich das Studium der Beckenanomalien. Die bisher üblichen Einteilungen

1. nach der Aetiologie,
2. nach der Pathogenese,
3. nach der Verkürzung der Durchmesser

nehmen keine Rücksicht auf die Form des Beckens. Die Beckeneingangsebene kann eine ovale, eine triangulare oder endlich eine atypische Form haben. Die häufigste Form ist die ovale; diese ovale Form kann zustande kommen durch Verkürzung des geraden, des queren oder des schrägen Durchmessers.

Nach dieser Beckenform will La Torre die anormalen Becken eingeteilt wissen, und zwar ist diese anatomisch pathologische (morphologische) Einteilung der Beckenanomalien folgende:

1. Transversal ovale Becken (der gerade Durchmesser ist verkürzt), sie finden sich bei mangelhafter Entwickelung oder bei rachitischer Veränderung der Beckenknochen, bei doppelseitiger Hüftgelenkluxation.

2. Schräg ovale Becken (einer der beiden schrägen Durchmesser ist verkürzt), bei mangelhafter Entwickelung der Symphysis sacro-iliaca der einen Seite, bei Verletzungen einer Extremität, bei Scoliose.

3. Gerade ovale Becken (der quere Durchmesser ist verkürzt), bei mangelhafter Entwickelung des ganzen Beckens, der beiden Sacro-iliacal-Gelenke, bei Kyphose, Spondylolisthesis.

4. Triangulăre Becken (dreieckige Becken), (mehrere Durchmesser sind verkürzt), bei excessiv rachitischen Veränderungen, bei Osteomalacie.

5. Atypisches Becken (mehrere Durchmesser sind verkürzt). Bei einfachen oder complicierten Verletzungen der Wirbelsäule, scoliorachitischen, kyphorachitischen Veränderungen, Eiterungen, oder Frakturen der Wirbel oder des Beckens, Offensein der Symphyse.

(Nach einem Eigenbericht).

F. v. Winckel-München: **Die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden allgemeinen Peritonitis.**

Die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Sexualorganen ausgehenden allgemeinen Peritonitis verdient eine ausgedehntere Anwendung, als sie bisher gefunden hat.

Als Indicationen zu derselben waren bisher nur einzelne Arten dieser Entzündungen, nämlich die tuberculösen und die durch Perforation entstandenen allseitig anerkannt worden.

Die Operationsmethoden sind aber auch bei diesen beiden Arten der Peritonitis bezüglich des Ortes und der Grösse des Schnittes, der Toilette des Bauchfells, der Drainage und Nachbehandlung noch sehr verschieden.

Die Art des chirurgisehen Eingriffs richtet sich nach den Ursachen der diffusen Peritonitis, die wir in tuberculöse, postoperative, gonorrhoische, puerperale und perforative eintheilen.

1. Die tuberculöse Peritonitis ist in allen ihren Formen, der serösen, serös-purulenten und trockenen durch die Koeliotomia abdominalis heilbar. Die bisher berechneten sehr günstigen Resultate der operativen Eingriffe (70—80 pCt. Heilungen) sind jedoch nicht einwandfrei, der grösste Theil der Fälle ist zu kurze Zeit nach der Operation ($^1/_2$—1 Jahr) publicirt worden. Klinische und anatomische Heilung sind nicht gleichbedeutend. Sicher sind viele nicht tuberculöse Fälle unter den geheilten.

Es empfiehlt sich, erst dann von Heilung zu sprechen, wenn etwa fünf Jahre nach der Operation von Sachverständigen nirgends wo Recidive constatirt werden können.

Factoren der Heilung sind: Entleerung der Exsudate, Entlastung des Bauchfells und der Eingeweide, Besserung der Respiration und Circulation. Ob Luft, Licht und chemische Agentien zur Heilung beitragen, bleibt noch zu beweisen.

Operation: Der Einschnitt wird am besten unterhalb des Nabels in der Mittellinie oder parallel derselben durch den Rectus sinister 10—20 cm lang gemacht. Ob eine Auswaschung nach der Entleerung des Exsudates besser ist oder nicht, bleibt noch zu entscheiden, ebenso, ob etwaige Ausspülungen mit medicamentösen Lösungen oder nur mit heissem, sterilisirtem Wasser empfehlenswerther sind. Die Resection einzelner Organe ist nur bei umschrieben erkrankten, leicht entfernbaren Theilen (Tuben, Ovarien) rathsam. Die Drainage der Bauchhöhle ist zu unterlassen, die Wunde daher mit Etagennähten vollständig zu schliessen, das Peritoneum isolirt durch fortlaufend Catgut. Bei Recidiven: Wiederholung der Operation in der alten Narbe. Die Koeliotomia vaginalis eignet sich nicht für die tuberculöse Peritonitis. Nachbehandlung roborirend: Leibbinde: Luftcur.

2. Die gonorrhoische Peritonitis indicirt an und für sich nicht die Koeliotomia abdominalis, da sie weder sehr bedeutende Exsudate, noch sehr drohende Symptome bewirkt. Nur bei vorhandenen grösseren Pyosalpinxsäcken — ein- und beiderseitigen — ist die Koeliotomia abdominalis zur Exstirpation derselben und Verhütung einer Perforationsperitonitis indicirt. Bei kleineren, im Becken befindlichen ist die Koeliotomia vaginalis anterior eventuell mit nachfolgender posterior angezeigt.

Bei gonorrhoischer Perforationsperitonitis (aus geborstenen Tuben-, Ovarial- oder parametranen Abscessen) passt nur die Koeliotomia abdominalis.

Operation: Einschnitt wie bei der tuberculösen Peritonitis. Die erkrankten Tuben werden exstirpirt, die Ovarien eventuell nur resecirt. Die Bauchhöhle wird nur ausgetupft, nicht ausgespült. Eine Drainage ist nur bei der in Folge Durchbruch eines parametranen Exsudates entstandenen Perforationsperitonitis nöthig und dann nur durch das hintere Scheidengewölbe. Gewöhnlich ist die abdominale oder vaginale Wunde ganz zu schliessen. Nachbehandlung wie nach Ovariotomie.

3. Die postoperative Peritonitis diffusa indicirt die theilweise Wiedereröffnung des ursprünglichen Wundweges, mit sorgfältiger Entleerung des Eiters. — Nur bei einem Empyema necessitatis ist der Einschnitt da zu machen, wo die Fluctuation am deutlichsten ist. Ausspülungen der Bauchhöhle unterbleiben. Drainage ist dagegen unerlässlich von der Bauchwunde aus, oder bei Senkung des Eiters nach dem Douglas von der Scheide aus. Bei neuen Abscessen sind wiederholte Einschnitte je nach dem Sitze der Abscesse erforderlich.

4. Die puerperale diffuse Peritonitis indicirt eine Durchschneidung der Bauchdecken, sobald das eitrige Exsudat beträchtlich ist, aber Pleura und Pericardium noch frei sind.

Die Zahl der bisher in dieser Weise behandelten Fälle beträgt kaum 30. Die Heilungserfolge (21 pCt.) scheinen gegenüber der exspectativen Methode (26,4 pCt.) einstweilen noch nicht ermuthigend. Aber die Zahl der Fälle ist noch zu klein, während der momentane Erfolg des Eingriffs ein frappant günstiger ist.

Die meisten dieser Operationen sind erst $1^1/_2$—$2^1/_2$ Monate nach der Niederkunft ausgeführt worden, nur einige wenige mit günstigem Erfolge schon im acuten Stadium.

Für rasche und möglichst vollständige Eiterentleerung ist die Koeliotomia abdominalis erforderlich, bei stark ins kleine Becken herabgedrängtem Eiter ausserdem die Koeliotomia vaginalis posterior. Der Einschnitt am Abdomen muss gross sein. Die meisten Autoren sind für nachträgliche Ausspülung der Bauchhöhle. Die Drainage ist unerlässlich. Exstirpation der Adnexa ist nur bei Salpinx- oder Ovarialabscessen erforderlich, sonst nicht. Nur als Ultimum refugium ist bei nachfolgenden ausgedehnten Beckeneiterungen die Péan-Segond-Landau'sche Totalexstirpation der inneren Genitalien per vaginam erlaubt.

In der Nachbehandlung sind nur bei abgesackten Eiterherden weitere Ausspülungen indicirt, sonst roborirende Diät, Bäder und Badecuren.

5. Die anderweitigen Perforationsperitoniden in Folge von Berstung sexueller Organe (Ovarialmyxome, -dermoïde, Haematosalpinx, Tubargravidität, Ovarialabscesse) oder in Folge von Torsion und Gangrän (Ovarialtumoren, Myome) oder durch Verjauchung (Echinococcen, Haematocele) sind ohne raschen operativen Eingriff fast absolut tödtlich. Die Koeliotomia abdominalis ist daher so bald als möglich auszuführen. Grosser Einschnitt, sorgsamste Toilette des Bauchfells, Entfernung des oder der geborstenen resp. verjauchten Organe. Drainage ist nur bei Resten von Jaucheherden in der Bauch- oder Beckenhöhle unerlässlich (Haematocele, Reste eines ectopischen Fruchtsackes), sonst völliger Verschluss der Bauchwunde mit Etagennähten und Nachbehandlung wie nach der Ovariotomie. (Autoreferat.)

Crestovich (Salonichi) berichtet über drei Fälle, bei denen bei acuter eitriger Peritonitis die Koeliotomie gemacht wurde. Er kommt zu dem Schluss, dass bei eitriger Peritonitis so schnell wie möglich ein chirurgischer Eingriff stattfinden muss. Die Probepunktion muss vor der Operation gemacht werden, um die Art der Peritonitis festzustellen. Eine vollständige Heilung ist möglich, wenn die Kranken frühzeitig in chirurgische Behandlung kommen und wenn sofort operirt wird. Die Misserfolge sind zum grossen Teil durch zu spätes Operiren verschuldet.

(Nach einem Eigenbericht.)

Discussion.

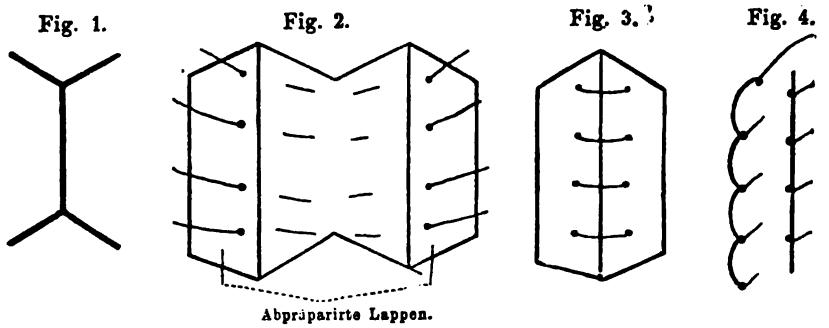
Pichevin. Bei sichergestellter Diagnose der Peritonitis kann man entweder die Bauchhöhle von oben breit eröffnen, auswaschen und durch-

spülen — so behandelte er mit Erfolg einen Fall, indem er Staphylokokken nachweisen konnte —, oder aber man führt nur ein Drain in die Bauchhöhle ein und lässt durch dieses reichlich physiologische Kochsalzlösung durch die Bauchhöhle fliessen und zwar 7—10 Liter. In mehreren Fällen hat er diese Methode erfolgreich gesehen.

v. Ott bespricht die Ausführung der Drainage bei Coeliotomie; die Gaze soll durch das hintere Scheidengewölbe herausgeführt, die Bauchwunde vollständig geschlossen werden; der Vorwurf, dass dieses keine aseptische Methode sei, ist nicht stichhaltig, Resultate geben den Ausschlag und diese seien bei dieser Methode gut.

Nicolaus Mihájlowits bespricht die Heilung der **Gonorrhoischen Erkrankungen der Scheide und des Endometrium,** welche er mittelst Argentum-Injectionen erzielte, und zwar wendet er dasselbe in Lösung von 1:3000, später von 1:2000 und nach längerer Behandlung von 1:1000 an. Bei Endometritis verwendet er eine nach Art der Bandl'schen Sonde aus Kautschuk verfertigte Sonde, welche leer in den Uterus eingeführt wird, alsdann wird im Scheidenspiegel die Argentumlösung eingegossen und dringt durch die Sonde in die Gebärmutterhöhle ein. Nach Herausziehen der Sonde wird die Scheide sorgfältig ausgewaschen. Mihájlowits hat so in 140 Fällen mikroskopisch festgestellte Heilung erzielt.

Marsi (Bologna) bespricht eine neue Methode, die **Cystocele vaginalis** zu heilen, bei der zwar ein möglichst grosses Stück von der vorderen Scheidenwand lospräparirt wird, dieses alsdann aber nicht abgeschnitten wird, sondern vielmehr zur Stütze der Blase dient und gleichsam eine neue Columna bildet. Das Verfahren ist folgendes: Längsschnitt durch Mucosa und Submucosa von der Urethra bis zum Fornix, an dessen Enden alsdann jederseits zwei kleinere transversale Schnitte angefügt werden; die beiden



seitlichen Lappen werden abpräparirt, die Basis der so abpräparirten Lappen wird durch Knopfnähte vereinigt und die alsdann darüber durch eine fortlaufende Naht vereinigten Ränder der abpräparirten Lappen bilden eine neue Columna plicarum. Die schematische Zeichnung möge dieses Verfahren veranschaulichen.

Alsdann berichtet Derselbe über **vikariirende Menstruation,** welche er bei einer jungen Dame beobachtete, bei der wegen doppelseitiger Adnexerkrankungen die vaginale Totalexstirpation gemacht worden war. Seit vier Monaten tritt regelmässig zur Zeit, in der früher die Menstruation eintrat, ein blutiger Urin auf, in dem sich weder zur Zeit der Blutung noch ausserhalb derselben irgend welche pathologische, geformte Elemente finden, nur Blutkörperchen und oberflächliche Blasenepithelien sind nachweissbar.

A. Boursier und E. Monod: **Ueber Myxodermoidcysten des Ovarium.** Derartige Tumoren werden sehr selten erwähnt, bisweilen werden sie mit der malignen Degeneration von Ovarialcysten verwechselt, mit der sie nichts gemein haben, wohl aber kann auch in den Myxodermoidcysten sich eine maligne Degeneration entwickeln. Im ersten Falle, der von M. beobachtet wurde, handelte es sich um eine 21jährige IIpara, bei der wegen

einer auf der rechten Seite bis unter den Nabel reichenden Geschwulst, welche fluktuirte und regelmässige Gestalt hatte, die ferner mit der Gebärmutter nicht zusammenhing, die Laparotomie gemacht wurde, man vermuthete eine rechtsseitige multilokuläre Ovarialcyste. Nach Freilegung der Cyste und Punktion derselben. bei der sich 1 Liter colloider Flüssigkeit entleerte, lässt sich die Cyste leicht entwickeln, bis auf einen unteren Lappen, der im Ligamentum latum sass. Dieser enthält eine talgartige Schmiere, sein Inneres kommunicirt nicht mit der aus drei Kammern bestehenden grossen Cyste, er ist ferner mit geschichtetem Plattenepithel bekleidet, die grosse Cyste hingegen mit Cylinderepithel. Die Kranke wurde geheilt.

Bei der zweiten Kranken, einer 19jährigen Ipara, welche wegen eines incarcerirten Ovarialtumors zur Operation kam, fand sich hingegen neben einer kindskopfgrossen Dermoidcyste mit dicken Wandungen. in denen sich theilweise Kalkablagerungen fanden, und die mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet waren, zahlreiche kleinere Cysten, von denen einzelne ebenfalls dermoidalen Charakter hatten, andere hingegen mit einem einschichtigen Epithel ausgekleidet waren und colloide Flüssigkeit enthielten.

E. Nitot (Paris). **Abortivbehandlung der Endometritis mittelst Anwendung von Bromdämpfen.**

Um die Entstehung einer parenchymatösen Metritis und chronischen Salpingitis zu verhindern. soll man die sie verursachende Endometritis zu heilen versuchen, bevor sie auf die tieferen Schichten der Uteruswand oder auf die Tubenschleimhaut übergegriffen hat. Um diese Heilung zu erreichen, muss man auf die Uterusschleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung Mittel einwirken lassen, welche in alle Falten der Mucosa eindringen und welche durch das orificium uterinum in die Eileiter zu gelangen vermögen. Dieses kann man nur durch Anwendung von Dämpfen erreichen, dieselben müssen, um die Endometritis zu heilen, antiseptische und antikatarrhalische Eigenschaften besitzen. Ein derartiges Heilmittel ist das Brom, das als flüssige Substanz in den Handel kommt, in Wasser ist es löslich. (1 Theil Brom in 30 Theilen Wasser Ref.) Es verflüchtigt sich schon bei gewöhnlicher Temperatur ziemlich rasch in tiefrothgelben Dämpfen, es besitzt antiseptische und antikatarrhalische Eigenschaften.

Um diese Bromdämpfe auf die Uterusschleimhaut einwirken zu lassen, führt Nitot einen doppelläufigen Katheter in den Uterus ein, füllt eine gesättigte wässrige Bromlösung in eine Flasche und bringt diese mit dem Katheter und mit einem Gebläse in Verbindung, mit dessen Hülfe er Luft in die Flasche eintreibt.

Mit Hülfe dieser Behandlung erzielte er sehr gute Resultate bei acuter Endometritis und Salpingitis(?), die Gefahren, die mit der Injection von Flüssigkeiten in die Gebärmutterhöhle verbunden sind, sind mit dieser Behandlung nicht verknüpft. (Autoreferat.)

Pinard und Varnier (Paris) berichten alsdann über **Beckenphotographie und Beckenmessung mittelst X.-Strahlen.** Nachdem Redner schon im April 1896 gezeigt hatten, dass man an der Leiche mit Hilfe der X-Strahlen ein genaues Bild des Beckens und der Wirbelsäule erhalten kann durch die Weichteile hindurch, welche das Becken umschliessen und welche von ihm umschlossen werden, hatten sie damals schon bewiesen, dass man so die Diagnose Symmetrie oder Asymmetrie des Beckens feststellen kann. Da aber eine 3stündige Exposition erforderlich war, musste man auf Versuche an der lebenden Frau verzichten.

Mit den Fortschritten der Technik konnten klinische Versuche angestellt werden; um gute Bilder zu erhalten ist es nothwendig, dass das Verhältniss zwischen Platte, Lichtquelle und Gegenstand ein ganz bestimmtes sei. Alsdann giebt V. die technischen Einzelheiten an, die zur Aufnahme nothwendig sind, die vor Allem darin bestehen, dass die Frau, die Beine an einander, in Rückenlage sich befindet, die Platte wird unter das Gesäss geschoben, wobei darauf zu achten ist, dass sie symmetrisch liegt und ca. 5 cm unter die Vulva herabreicht. Die Expositionsdauer beträgt nur 2 Minuten. Die Entwicklung muss langsam ausgeführt werden, trotzdem verliert der

Abzug des Bildes an Schärfe, man studirt daher am besten die Platte selbst im verdunkelten Zimmer. Die Resultate, zu denen V. gelangt, sind folgende: die Radioskopie, d. h. die directe Betrachtung auf dem Schirm hat selbst bei mageren und nicht schwangeren Frauen keine guten Resultate ergeben, auch die Radiographie bei Frauen, welche sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft befanden, gelang nur unvollkommen. Wohl aber lässt sie sich bei nicht schwangeren Frauen ausführen. V. zeigt 15 Abzüge seiner Sammlung, welche beweisen, dass man in allen Fällen ein genaues Bild des Beckens und seiner Verbindung mit Schenkel und Wirbelsäule erhalten kann, das uns eine eben so gute Uebersicht giebt, wie wenn wir das skelettirte Becken betrachten. Man kann also in klinisch zweifelhaften Fällen mit Hilfe der Beckenphotographie bestimmen, ob ein Becken symmetrisch ist oder nicht, ferner den Grad und den Sitz der Asymmetrie, das Vorhandensein oder Fehlen einer Atrophie oder Ankylose im Sacro-iliacalgelenk, auch die Diagnose der Spondylolisthesis lässt sich so stellen, über den Zustand der Symphyse kann man sich mit Hilfe der Beckenphotographie unterrichten und beweisen, ob nach einer Symphysiotomie eine Trennung geblieben ist oder nicht.

Auch Beckenmessungen kann man so vornehmen, indem man das Bild, welches das Becken der lebenden Frau ergiebt, mit Aufnahmen von skelettirten Becken mit bekannten Maassen vergleicht, und nach dem Befund können wir die Prognose für kommende Geburten stellen. Aber auch ohne Vergleich kann man folgende Maasse bis auf 2—3 mm genau bestimmen.

1) Die Distantia spin. posterior. superior.
2) Die Breite des Os sacrum.
3) Die Entfernung von der Crista spinosa lumbosacralis bis zur Spin. iliac. poster. super.
4) Die Entfernung von der Mitte des Promontorium bis zur Symphysis sacro-iliaca.

Diese Durchmesser, die sonst schwer festzustellen sind, sind äusserst wichtig für die Bestimmung des asymmetrisch schräg verengten Beckens.

Auch den queren Durchmesser des Beckeneingangs kann man direkt bestimmen, indem man 2 cm von dem Maasse der Photographie abzieht. Endlich kann man den Arcus pubicus und die queren Durchmesser der Beckenausgangsebene bestimmen, wenn man die Aufnahme in sitzender Stellung macht, so dass die lichtempfindende Platte in direkter Berührung mit den Tubera oss. ischii ist.

5. Sitzung. Montag den 23. August 1897, Vormittags.

An dem ersten Thema dieses Tages, über **Serumtherapie bei puerperaler Infection,** beteiligte sich kein deutscher Gynaekologe, eine Thatsache, die beweist, dass diese Behandlungsmethode, wenn sie auch hin und wieder versucht wurde, keineswegs Anerkennung in Deutschland gefunden hat. Aber auch die Berichte des Franzosen Wallich und des Italieners La Torre lauten keineswegs so ermutigend, wie die früheren französischen Berichte; namentlich La Torre betont, dass die Serumtherapie noch eines weiteren Studiums bedürfe, und dass man zur Zeit die Frauen ohne Serum heilen soll.

Der Referent Wallich war am Erscheinen verhindert, für ihn berichtet Pinard, dass Wallich, veranlasst durch die guten experimentellen Erfolge, welche Marmorek mit seinem Serum bei der durch Streptokokken erzeugten Infection erzielt hatte, dasselbe sowohl als prophylaktisches, wie auch als heilendes Mittel gegen die puerperale Infection versucht hat, dass aber weder die Mortalitäts- noch Morbiditätsziffer trotz methodischer Anwendung des Serums sich wesentlich geändert hat, obwohl Injectionsmengen bis zu 750 ccm bei einer Frau injiciert waren. Pinard selbst konnte constatieren, dass er im Jahre 1897 bei Anwendung des Marmorek'schen Serums bessere Resultate hat als in den vergangenen Jahren. Weinstein (Odessa) hat an trächtigen Katzen, welche er, nachdem sie geworfen hatten, durch Streptokokken-Injection in die Gebärmutterhöhle inficiert hatte, Versuche

mit dem Serum angestellt, aus denen er zu dem Schluss kommt, dass die Anwendung grosser Dosen und eine frühzeitige Behandlung notwendig sei, und dass das Marmorek'sche Serum mehr prophylaktisch, als heilend wirke.

W. Favra. Die Nachteile des scherenförmigen Perforatoriums, welches namentlich, wenn die Perforation durch den Knochen und nicht durch die Fontanellen gemacht werden muss, abgleiten kann, und welches ausserdem für eine rotierende Bewegung, welche zur Durchbohrung notwendig ist, sich nicht eignet, die Uebelstände des Trepans, welcher compliciert und schwer zu desinficieren ist, bewogen Favra zur Perforation des Schädels ein — als Bohrer bezeichnetes — Instrument zu construieren, das nach Art des amerikanischen Bohrers gebaut, leicht desinficierbar ist, ausserdem selbst in unerfahrenen Händen nicht gefährlich sein soll; die Ausführung der Perforation gelingt nach Favra's Angaben mit diesem Instrument in 1 bis 2 Minuten.

Antonio J. Carbajal betont die Notwendigkeit der manuellen Rektification der Hinterscheitelbein-Einstellung und zeigt auf Grund theoretischer Versuche und klinischer Erfahrungen, dass, um den Austritt des Kopfes in der fehlerhaften Stellung zu vermeiden, diese Lageverbesserung entweder durch Drehung des Kopfes vor der Austreibungsperiode oder aber, bei erhaltener Blase, auch während der Austreibungsperiode erreicht werden kann.

6. Sitzung, 23. August, Nachmittags.

Vergleichung der operativen Methoden bei der Behandlung des Gebärmutterkrebses, und besonders ihrer Leistungsfähigkeit zur Verhütung der Recidive.

A. Gubaroff-Moskau.

Die Fragen, welche erörtert werden müssen, sind folgende:

1. Kann man die Recidive, welche den Operationen des Gebärmutterkrebses folgen, vermeiden?

2. Welche Operation vermag diesen radikalen Erfolg, den man von ihr verlangen muss, am besten zu sichern.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass die erste Frage im bejahenden Sinne beantwortet werden muss; dieses beweisen die Fälle, in denen die Operierten 12, 15 und sogar 17 Jahre gesund blieben.

Die zweite Frage ist die, welche Operation in der radikalen Entfernung alles Kranken die besten Aussichten bietet. Bei der Beurteilung eines radikalen Operationsverfahrens muss man besonders auf die Ausbreitung der Lymphgefässe, die beim Fortschreiten der Neubildung ergriffen werden, achten; denn um eine radikale Operation zu erzielen, verlangt die heutige Chirurgie, dass alles Gewebe, welches imstande ist, der Sitz eines Recidives zu werden, in seiner Gesammtheit entfernt wird. Die meisten Operationen aber, welche zur Ausrottung des Gebärmutterkrebses gemacht werden, sind weit davon entfernt, dieser Forderung zu genügen. In Bezug auf das Fortschreiten des Krebses muss man das Carcinom der Portio vaginalis einschliesslich desjenigen des Cervicalkanals scheiden von dem Corpus carcinom, das oberhalb des Orificium internum sich entwickelt. In beiden Gruppen ist nämlich die Beteiligung der Lymphbahnen eine wesentlich verschiedene. Die Schleimhaut der Portio vaginalis und des Cervicalkanals ist sehr reichlich mit Lymphgeflechten versehen, während die Mucosa uteri sehr wenige aufweist. Dieses ist die Ursache für die verschiedene Ausbreitung der Neubildung in den umgebenden Geweben, welche für diese beiden Gruppen charakteristisch ist.

Injectionen (Sappey) haben gezeigt, dass die Portio ein dichtes Netz von Lymphgefässen einschliesst, sie ist ausserdem von einem lockeren Zellgewebe umgeben, das mit Blut- und Lymphgefässen angefüllt ist. Aus diesem Grunde hat jede Infection, welche die Schleimhaut der Portio vaginalis und des Scheiden-

gewölbes überschreitet, die Tendenz, die Lymphdrüsen zu ergreifen, welche an der Basis des Ligamentum latum liegen und die Uteringefässe begleiten; diese Lymphdrüsen finden sich z. T. im Niveau des Scheidengewölbes, z. T. an der seitlichen Beckenwand in grösserer Menge beisammen.

Da hingegen sich in der Gebärmutterschleimhaut nur sehr spärliche Lymphgefässe finden, so haben die Neubildungen, welche oberhalb des Orificium internum liegen, die Tendenz, sich in die Uteruswand zu entwickeln und die Muscularis zu ergreifen, und erst spät, wenn sie sich der in der Nähe der peritonealen Schicht gelegenen Partie der Uteruswand genähert haben, beginnen sie die Lymphdrüsen, welche die Ovarialgefässe begleiten, und diejenigen, welche in der Mesosalpinx gelegen sind, zu infiltrieren. Ergreift die Neubildung hingegen von der Gebärmutterhöhle ausgehend die Mucosa des Cervicalkanals, so haben wir bezüglich der Lymphdrüsen dieselben Verhältnisse, wie beim Carcinoma colli. Die Lymphbahnen an der Basis des Ligamentum latum werden der Sitz der Infiltration sein.

Hieraus folgt, dass nur die reinen Fälle von Corpuscarcinom durch eine Totalexstirpation der Gebärmutter radikal geheilt werden können, und zwar dann, wenn man keine infiltrierten parauterinen Lymphdrüsen fühlt und wenn genügend Uterusgewebe die Neubildung von dem Peritoneum trennt.

Beim Carcinoma colli hingegen sind wir nicht imstande, auf vaginalem Wege das ganze Zellgewebe der Ligamenta lata zu entfernen, und so kommt es, dass wir bei der vaginalen Totalexstirpation vergeblich das gesunde Corpus uteri entfernen. Aus diesem Grunde können auch die Resultate der Amputation, wie die Statistik ergiebt, sehr gut mit denen der vaginalen Exstirpation concurrieren. Soweit die Lymphbahnen an der Basis des Ligamentum latum nicht mitentfernt werden, kann kein Unterschied in den definitiven Resultaten dieser beiden Operationen bestehen. Die Palpation leistete zur Feststellung der Grenzen der Neubildung wenig, da wir durch sie Veränderungen in den Lymphgefässen nicht feststellen können. Dieses inficierte Zellgewebe kann aber auch nicht mit Hülfe der Resection des Os sacrum oder mittelst der Schuchardt'schen Scheidendammincision mitentfernt werden.

Die abdominale Exstirpation des Uterus hingegen leistet wesentlich mehr:

1. kann sie zeigen, dass nicht nur die Drüsen der Beckenwand, sondern auch die lumbalen Drüsen ergriffen sind, und dass in diesem Falle jeder radikale Eingriff zwecklos ist;

2. giebt die Coeliotomie, die in der Trendelenburg'schen Beckenhochlagerung ausgeführt wird, die Möglichkeit, nicht nur den Uterus mit dem Ligamentum latum, sondern auch die Basis dieses Ligaments mit dem grössten Teil seines Zellgewebes, einschliesslich der Lymphdrüsen und der Lymphgefässe zu entfernen. Nachdem man die Ligatur der Arteriae uterinae nach dem Verfahren von Altouchoff-Sneguireff ausgeführt hat, kann man, wie es Gubaroff vorschlug, die Ureteren freipräparieren. 3 Fälle von Carcinoma colli, welche G. nach diesen Principien im letzten Jahre operierte, sind ohne Complicationen gut geheilt. Aber Zeit und Zahl der Beobachtungen ist zu gering, um hieraus Schlüsse zu ziehen.

Man könnte wohl diese Eingriffe zu schwer, zu radikal für Fälle von Carcinom nur des Gebärmutterhalses finden, aber man kann nicht zu radikal in der Behandlung einer Krankheit sein, welche das Leben so vieler Frauen, trotz der Operation, zerstört.

(Nach einem Eigenbericht.)

Discussion.

Küstner: Alle Nachuntersuchungen bei Operierten sollten 1. stets durch manuelle Exploration vorgenommen werden, und 2. wirklich durch Aerzte. Auf die schriftliche Angabe der Pat. dürfte man sich nicht verlassen. Viele Carcinome sind Ektropiumcarcinome, sie müssen wie die Höhlencarcinome der Cervix und nicht wie Portiocarcinome aufgefasst werden. Dieses ist wichtig wegen der Affection der Lymphgefässe. Im Anfangsstadium sollte stets von der Scheide aus operiert werden. Um Transplantationsrecidive zu vermeiden, muss das Krankhafte ordentlich aus-

gebrannt werden; dass die Igniexstirpation hierfür mehr leistet, wie die bisherigen Methoden, ist unwahrscheinlich. Als Ligaturmaterial nimmt Küstner kein Catgut, sondern Seide, weil ersteres zu schnell resorbiert wird und daher das abgeschnürte Gewebe nicht der Mortifikation verfällt.

Es ist keine Frage, dass man von oben aus mit der Freund'schen Operation weit in die Parametrien vordringen kann. Aber diese Operation ist wesentlich gefährlicher als die vaginale Totalexstirpation, daher ist es nicht anzunehmen, dass diese Operation vorläufig die vaginale Operation verdrängen wird. Küstner hat 18 Freund'sche Operationen mit 4 Todesfällen ausgeführt. Bei allen unklaren Fällen und bei allen, bei welchen es nicht sicher ist, dass man von der Vagina aus alles entfernen kann, soll man nach Umschneiden der Portio die Operation von oben vollenden. Oft wird man allerdings dann einsehen, dass auch so eine radikale Operation nicht möglich ist. Es giebt 3 Arten der Wundbehandlung nach der Freund'schen Operation:

1. man vernäht das Peritoneum vollständig, von den vier so operierten Frauen sind zwei gestorben;

2. man schliesst die Bauchwunde und tamponiert nach der Scheide, vier Operationen, davon zwei Todesfälle;

3. man schliesst die Scheide und führt einen Mikulicztampon aus dem unteren Winkel der Bauchhöhlenwunde heraus, alle zehn derartig operierten Frauen sind genesen.

v. Ott. Stimmt prinzipiell in seinen Ausführungen mit Gubaroff überein, da aber in der Praxis die Ausführung der abdominalen Totalexstirpation nur in Ausnahmefällen möglich ist, wird die vaginale Exstirpation noch lange die überwiegende Methode bleiben. Er hat dieselbe in mehr als 100 Fällen ausgeführt, dabei nur eine kachectische Kranke verloren. Eine Kranke, welche vor 12 Jahren, einige welche vor 11, 10, 9 Jahren operiert sind, und eine ziemlich beträchtliche Zahl, welche vor 4—5 Jahren operiert sind, sind zur Zeit gesund. Eine Kranke starb im dritten Jahre nach der Operation an einer allgemeinen Carcinomatose, obwohl der Fall früh operiert war, denn die wirkliche Natur der Erosion war nur mit Hilfe des Mikroskopes zu erkennen. Klemmen verwendet v. Ott nicht mehr, einmal sah er nach Abnahme der Klemmen eine sehr starke Blutung aus der Arteria uterina eintreten. Als Nahtmaterial gebraucht er ausschliesslich Seide und legt an jedes Ligament 4—5 Ligaturen an; in leichten Fällen gelingt es durch Hindurchlegen eines Doppelfadens das Ligament in zwei Partieen abzubinden. Die Peritonealhöhle verschliesst v. Ott nicht.

Unter den genannten Fällen waren vier mit Schwangerschaft compliciert, und zwar war die Frucht einmal ausgetragen, einmal im 7. Monat, beide Frauen wurden mittelst combinierter Methode operiert, alle vier Frauen sind geheilt. (Eigenbericht)

Olshausen macht darauf aufmerksam, dass man im Ligament. latum häufig keine Drüsen fühlen kann, und doch können oben in demselben sich ganz grosse Knoten vorfinden.

Die Frage nach der besten Operationsmethode hängt davon ab, ob man noch operiert, wenn man Drüsen findet. Im Allgemeinen operiert O. nicht mehr, wenn das Carcinom den Uterus überschritten hat, für diese Fälle ist aber zweifellos die vaginale Operation die beste. Will man allerdings die weiter vorgeschrittenen Fälle auch operieren, alsdann werden wir wohl nur mittels der Coeliotomia abdominalis weiterkommen. Für die Aussichten bei der vaginalen Operation muss man das Corpuscarcinom und bei dem Collumcarcinom das der Cervix und der äusseren Fläche des Collum unterscheiden. In Bezug auf die radikale Heilung glaubte man früher, dass die Collumcarcinome die günstigste Prognose geben müssten, dieses ist aber nicht der Fall. Die Cervixcarcinome geben, wenn man den Uterus vollständig entfernen kann, eine weit bessere Prognose. Es kommt dieses daher, weil die Lymphgefässe von der äusseren Collumfläche in das Scheidengewölbe führen. Die Exstirpation mit Hilfe der Ligaturen hält O. für die günstigste. Durch Anlegen zahlreicher Catgutligaturen, welche nur wenig Gewebe fassen,

erzielt er vollständige Mortification des Gewebes. O. fixiert den ganzen Stumpf in der Vagina, und kann dann die Peritonealwunde oberhalb der Stümpfe schliessen.

Falk betont, dass die Dauerresultate einer jeden Operationsmethode um so günstiger sein würden, je frühzeitiger man den zu operierenden Fall in Behandlung bekäme. Um dieses Ziel aber zu erreichen, um also in möglichst zahlreichen Fällen Dauerheilungen zu erzielen, sei die ausgedehnte Anwendung der mikroskopischen Untersuchung nicht nur excidierter Stückchen der Portio oder ausgekratzter Teile des Endometrium erforderlich, sondern vor Allem auch die mikroskopische Untersuchung der entfernten Cervixpolypen, da diese nicht selten carcinomatös degeneriert sind, eine Degeneration, die neben zahlreichen Autoren auch der Referent nachweisen konnte.

Die der mittels Klemmen ausgeführten vaginalen Totalexstirpation zugeschriebenen Nachteile kann F. nicht anerkennen, weder nach der Statistik von Landau, noch nach seinen allerdings erst in geringer Anzahl ausgeführten Operationen (9 Totalexstirpationen ohne Todesfall).

Dührssen betont, dass die Vorteile des schnellen Operierens bei der Klemmmethode die Nachteile derselben nicht aufwiegen, besonders gefährlich wären die Nachblutungen.

G. Clarke (Cambridge): **Operative Behandlung der Fibromyome des Uterus.** Nach einer Uebersicht über die verschiedenen Operationsmethoden empfiehlt C. die Salpingo-Oophorektomie in den Fällen, in denen die Blutungen, welche durch die Geschwulst veranlasst werden, gefahrdrohend sind, und ferner in den Fällen, in denen subperitoneale Fibrome schnell wachsen. In den Fällen aber, in welchen die Geschwulst nicht zu gross ist, intramural liegt und sehr blutreich ist, genügt eine Unterbindung der Arteriae uterinae.

Wenn interstitielle Myome nach aussen wachsen, so empfiehlt er das Curettement, das besonders nach der Periode auszuführen ist. Submucöse Myome lassen sich gefahrlos nach einer Incision der Uteruswand vaginal enukleiren, Tamponade und Abklemmen der angeschnittenen Gefässe muss nachfolgen. Subperitoneale Myome hingegen werden leichter nach ventraler Coeliotomie enukleiert, bei dieser beherrscht man die Blutung durch Anlegen zahlreicher Nähte. Ist die Geschwulst in den unteren Teilen der Gebärmutter entwickelt, so kann man die Ausschälung derselben von der Scheide aus vornehmen.

Ist das Myom intramural gelegen und ist eine Ausschälung wegen der diffusen Entwickelung nicht möglich, so wird am besten eine supravaginale Hysterektomie oder eine totale Entfernung der Gebärmutter mittels combinierter vaginaler-abdominaler Methode ausgeführt. Bei vollständiger Entfernung der Gebärmutter ist eine zweckmässige Drainage und eine extraperitoneale Stielversorgung möglich. Die Gefahr der Infection des benachbarten Zellgewebes ist bei ihr gering.

Wachsen Myome schnell, so pflegt ein baldiger Kräfteverfall bei der Kranken einzutreten; Autoinfection und eine lange Reihe lokaler und allgemeiner Symptome pflegt über kurz oder lang sich einzustellen. Die gestielten subserösen Myome, welche sich in den unteren Abschnitten des Uterus entwickeln, können zwar zurückgehen oder verkalken, in vielen Fällen werden sie aber einen Druck auf Ureteren und Nieren ausüben und so gefahrdrohende Erscheinungen verursachen. Ausserdem können Fibromyome, die nicht radikal entfernt sind, maligne degeneriren, eine Degeneration, die nach Clarke's Beobachtungen nicht selten eintritt.

(Nach einem Eigenbericht.)

Discussion.

v. Ott hält an denselben Indicationen für einen operativen Eingriff bei Myomen fest, wie er sie s. Z. auf dem Congress in Rom angegeben hat. Palliativmittel leisten bei Myomen nicht das, was wir verlangen müssen, nur durch einen chirurgischen Eingriff können wir radicale Heilung erzielen. Die Operation ist indiciert 1) wenn vitale Indicationen vorhanden sind, 2) wenn die Krankheitssymptome fortschreiten. In beiden Fällen muss man den conservativen operativen Methoden den Vorzug geben, jedoch in jedem

einzelnen Falle streng individualisieren. Kann man den Uterus nicht erhalten, so ergiebt die Exstirpatio uteri totalis die besten Resultate. Die Ovarien soll man, falls keine Contraindicationen bestehen, erhalten. Durch die isolirte Unterbindung der Arteriae uterinae anstatt der Ligature en masse wird die Zahl der Exsudate herabgesetzt. Wo es möglich ist, wendet v. Ott die vaginale Methode an und erzielte mit dieser glänzende Resultate.

Sneguireff empfiehlt nach Doyen'scher Methode mit extraperitonealer Stielversorgung grössere Myome zu operieren.

La Torre tritt für eine Einschränkung der Myomoperationen ein, er warnt Myome zu operieren, welche keine Beschwerden machen.

Dührssen glaubt im Gegensatz zu den Mahnungen La Torre's, dass wir die Indicationen für die operative Behandlung auszudehnen berechtigt sind; dass wir auch kleinere Myome, welche Beschwerden verursachen, operieren sollen. Aber man solle nicht gleich verstümmelnde Operationen vornehmen, sondern wenn die Myome nicht über faustgross sind, die vaginale Coeliomyomectomie ausführen.

Olshausen ist wohl der Meinung, dass sich die Indicationen für einen operativen Eingriff gegen früher erweitert haben, aber im wesentlichen glaubte er, wie La Torre, dass bei Myomen viel zu viel operiert wird; durchaus nicht alle Frauen, welche mit Myomen zum Arzt kommen, haben Beschwerden, bei anderen sind dieselben mässig und nur eine kleine Minderzahl hat derartige Beschwerden, dass diese die Operation rechtfertigen; sobald das Myom sich differenziert hat, lassen die Beschwerden gewöhnlich nach. —

7. Sitzung am 24. August, Vormittags.

Sneguireff: **Über Vaporisation.** S. hat schon vor mehreren Jahren vorgeschlagen, mittelst Anwendung des Dampfes eine Heilung der Uterusblutungen zu erzielen.

Wirkt der Dampf auf die Uterusinnenfläche eine Minute ein, so wird die Mucosa weiss und feucht. Bestanden Blutungen, so hören sie fast augenblicklich auf, der Ausfluss wird geringer und verliert seinen üblen Geruch; stärkere Schmerzen werden gewöhnlich nicht empfunden. Bei Erkrankung der Adnexe ist die Vaporisation nicht anzuwenden. Am Tage nach der Anwendung tritt der Ausfluss gewöhnlich wieder auf, aber schwächer wie vor der Vaporisation. Nach 4 Tagen kann man die Behandlung wiederholen, ohne dass eine Störung der Periode eintritt und ohne dass für die Zukunft eine Schwangerschaft ausgeschlossen wäre. Nach stärkerer Einwirkung des Dampfes (über 1 Minute) ist eine Zerstörung der Mucosa möglich. Nur bei andauernden klimakterischen Blutungen wendet S. die längere Einwirkung an, wenn wiederholte Auskratzungen vergeblich gemacht sind. Bei 400—500 Einzelanwendungen der Vaporisation hat er nie eine Schädigung der Kranken beobachten können.

Bei experimentellen Versuchen kann man durch Vaporisation eine augenblickliche Blutstillung erzielen, selbst bei Durchschneiden der Arteria femoralis, bei Blutungen aus dem Gehirnsinus, bei tiefen Einschnitten in den Sinus der Nieren, bei Verletzung der Lungen. Nach Vaporisation des Peritoneum entstehen Adhäsionen, daher kann man den Dampf zur Fixation von Organen verwerthen. S. hat die Vaporisation bei Kniegelenkresektionen, bei der Exstirpation eines Sarkoms des Femur etc. mit Erfolg angewandt. Die Vaporisation erweist sich als ein sehr wirksames hämostatisches Mittel.

Gubaroff beschreibt alsdann die Art der Ausführung der Vaporisation. Nach Erweiterung des Uterus führt man in Chloroformnarkose eventuell nach Ausführung eines Curettements einen am Ende durchbohrten Katheter in die Uterushöhle ein, an dem man für eine Minute eine Metalltube befestigt, welche mit einem Dampfkessel in Verbindung steht. Beim Austritt aus diesem Rohr hat der Dampf eine Temperatur von ca. 100°. Der Dampf muss ½—1 Minute einwirken. Die Mucosa wird anästhetisch.

Man kann also die Vaporisation mit Erfolg anwenden bei chirurgischen Operationen, ohne dass die prima intentio gestört wird; die Vaporisation erleichtert die Exstirpation von Tumoren und giebt sehr gute Dauerresultate.

Noltschini: **Beiträge zum Studium der sekundären Laparotomie.** Jede Laparotomie, wie Ovariotomie, Adnexexstirpation, Totalexstirpation des myomatösen Uterus und die Operation der Extrauterin-Schwangerschaft kann im Gefolge haben:

1) Ileus, 2) innere Blutungen, 3) Abknickungen resp. Abklemmungen der Ureteren, 4) allgemeine Peritonitis. In diesen Fällen ist die Wiedereröffnung der Bauchhöhle, die sekundäre Laparotomie, das einzige Mittel zur Beseitigung der drohenden Gefahr.

Seitdem man Laparotomien ausführt, hat man diese Complikationen beobachtet, welche eine Wiedereröffnung der Bauchhöhle erforderlich machten, trotzdem giebt es auch heute noch keine bestimmten Indicationen für den chirugischen Eingriff. Die Frage, wie so die Adhäsionen, welche hauptsächlich den Ileus verschulden, entstehen, ist wiederholt discutirt und experimentell zu lösen versucht worden. In der Moskauer gynäkologischen Klinik mussten 1890—1896 unter 654 Laparotomien 15 sekundäre ausgeführt werden, und zwar veranlasste vor Allem Ileus die zweite Operation (10mal = 1,5 pCt. der Laparotomirten).

Bei der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Darmlähmung, Ileus und Peritonitis ist es schwer, die Symptome zu nennen, welche zur Operation auffordern. Das fäkulente Erbrechen, auf das manche Autoren Gewicht legen, ist ein Symptom, bei dessen Eintreten die Operation gewöhnlich zu spät kommt; andere legen das Hauptgewicht auf den Meteorismus, bei dem die Herzgrube aufgetrieben, die Gegend über der Symphyse hingegen eingezogen ist. Hirsch betont die Anwesenheit von Indikan als wichtiges Zeichen.

Die Operation wird in Moskau so ausgeführt, das nach Vollendung derselben, und nach Ausspülung der Bauchhöhle mit Salzwasser, ein Jodoformgazestreifen eingeführt wird.

Nach Cystenoperation sah N. nur einmal Ileus eintreten; in der Moskauer Klinik wird der Stumpf mit Peritoneum überkleidet, hierdurch ist nach N.'s Ansicht das seltene Auftreten des Ileus bedingt. Denn in 33 pCt. der Ileusfälle liess sich eine Verwachsung des Operationsstumpfes mit dem Darm nachweisen, in anderen Fällen fand sich ein mechanischer Verschluss des Darmes, Verwachsung mit dem Netz oder Volvulus. Durch die Einführung der Asepsis an Stelle der Antisepsis hat sich die Zahl der Ileusfälle nicht vermindert. Ohne Einfluss auf den Erfolg der Operation war die Zeit, zu der die ersten Symptome des Darmverschlusses (1.—24. Tag) aufgetreten waren, und gleichfalls war es auch ohne Einfluss auf den Erfolg, wie viel Stunden oder Tage den Augenblick des chirurgischen Eingriffes von dem Auftreten der ersten Ileuserscheinungen trennten; allein von dem Kräftezustand des Kranken ist der Ausgang der Operation abhängig, Schwäche, Collaps und Darmparalyse müssen daher als Gegenindikation für die Vornahme der Operation angesehen werden. In allen anderen Fällen aber ist die sekundäre Laparotomie bei Ileus angezeigt, da die Mortalität dieser Operation nur 38,5 pCt. beträgt. Ebenso ist bei Zeichen innerer Blutung und bei der Ligatur eines Ureter ein Wiedereröffnen der Bauchhöhle indicirt; bei der allgemeinen Peritonitis hingegen lassen sich bestimmte Indicationen für den operativen Eingriff nicht aufstellen.

Mit den Fortschritten der Technik und der Anwendung der Asepsis wird die Zahl der Peritonitisfälle, des Abgleitens einer Ligatur, das zu inneren Blutungen Anlass giebt, der Kompression der Ureteren geringer; die Zahl von Ileusfällen hingegen bleibt dieselbe, so dass man vor Allem auf die Vermeidung der Möglichkeiten, welche zum Darmverschluss führen können, seine Aufmerksamkeit richten muss.

Die Prophylaxe muss aber zwei Punkte berücksichtigen: a. soll man nach dem Vorschlag von Fritsch die zu häufige Anwendung von Abführmitteln vor der Operation vermeiden, da diese die Darmmuskulatur schwächen;

b. soll man während der Operation das Peritoneum schonen und es vor jeder mechanischen und chemischen Reizung bewahren.

(Nach einem Eigenbericht.)

Doyen: **Ueber Kolpotomie und über die Totalexstirpation der Gebärmutter.** D. missbilligt den Vorschlag einzelner Operateure, welche die Kolpotomie als das stets anwendbare Verfahren zur Entfernung der Ovarialcysten empfehlen. Es ist möglich, Cysten, welche grosse Mengen Flüssigkeit enthalten, ohne Schwierigkeit von der Scheide aus zu entfernen, falls man sicher ist, dass keine Adhäsionen bestehen und die Cyste einklammerig ist, bei ausgedehnten Adhäsionen versagt die Methode. Noch gefährlicher ist es, wenn man für diese Operation den vorderen Scheidenschnitt anpreist. Ist ein Eingriff von der Scheide aus statthaft, so bevorzugt D. stets den hinteren Scheidenschnitt, welcher eine zweckmässige Drainage ermöglicht und bei gleichzeitiger abdominaler Palpation gestattet, uns über den Zustand der hinteren Gebärmutterfläche und über die Adnexe, falls sie tief liegen, zu unterrichten. Bei genügend weiter Scheide kann man sich in vielen Fällen die erkrankten Adnexe so leichter zugänglich machen, wie bei einer Coeliotomia abdominalis, besonders bei korpulenten Frauen. Bei einseitiger Operation räth daher D. als Methode der Wahl die Colpotomia posterior und nicht die Coeliotomia ventralis anzuwenden. Auch bietet diese Operation den Vortheil, dass, wenn man während derselben eine doppelseitige Erkrankung feststellt, man leicht zur vaginalen Radicaloperation übergehen kann, die wesentlich wirksamer ist, als die alleinige Entfernung der beiderseitigen Adnexe. Abscesse, welche sich im Ligamentum latum entwickelt haben, oder solide Tumoren derselben, falls sie Kindskopfgrösse nicht überschreiten, kann man vom hinteren Scheidengewölbe aus operiren. Vor Allem aber ist die Colpotomia posterior bei kleinen Adnextumoren, welche im Douglas liegen, anwendbar. wenn eine einseitige Entfernung wünschenswerth ist. Zur Blutstillung wendet D. Naht oder Klemmen an, letztere haben den Vortheil, dass sie den Stiel in der Gegend des oberen Scheidentheils fixiren und so verhindern, dass sich infectiöses Material in die Bauchhöhle entleert. Im Allgemeinen jedoch sollen die Klemmen auf die Fälle beschränkt werden, in denen die Anlegung der Nähte schwierig ist, immerhin ist eine gut liegende Klemme besser, als eine schlecht angelegte Ligatur. Bei Tumoren, welche sich nach der Bauchdecke entwickeln und über die Fossa iliaca hinaus, oder gar bis zum Nabel reichen, ist die Colpotomia posterior nicht anzuwenden, ebenfalls nicht bei grösseren Ovarialcysten, da man das Bestehen von Adhäsionen nie sicher ausschliessen kann.

Bei der vaginalen Totalexstirpation wird die Kranke so gelagert, dass die Beine ausgestreckt sind, im Hüftgelenk in einem Winkel von ca. 45° gebeugt und abducirt, da nur so die Vagina einen horizontalen Kanal bildet. Alsdann eröffnet D. zuerst den Douglas und überzeugt sich durch Einführen des Zeigefingers über den Zustand der Adnexe; bei Adnexerkrankungen vollendet er die Operation alsdann nur, wenn er sich von einer derartigen Erkrankung beider Adnexe überzeugt hat, dass diese Sterilität bedingt. Alsdann incidirt er das vordere Scheidengewölbe, löst die Blase von dem Collum so hoch wie möglich ab und achtet darauf, der Ureteren wegen, die Ablösung nach beiden Seiten auszudehnen, spaltet alsdann in der Mitte die vordere Uteruswand, eröffnet die Plica vesico-uterina, wälzt den Uterus vor, und während die Blase durch einen Ecarteur geschützt wird, werden die Anhänge freigemacht; hierauf werden im Allgemeinen an die Lig. lata von oben nach der Basis zu je eine federnde Klemme, vor diese zum Schutz eine zweite schmale angelegt. Jede präventive Blutstillung verwirft D., da die Blutung während der Operation gewöhnlich sehr gering ist. Ob D. Klemmen oder Ligaturen anlegt, hängt von der Beschaffenheit der Ligamenta lata ab. Kann eine Ligatur sicher angelegt werden, z. B. beim Prolaps, bei dem das Ligamentum latum gut dehnbar ist und sich die Adnexe leicht vor die Scheide ziehen lassen, so legt er Massenligaturen an, bei den entzündlichen Adnextumoren hingegen lässt sich gewöhnlich die Ligatur nicht sicher genug anlegen, hier erzielt die Klemmenmethode bessere Resultate. Blutungen, welche direkt nach dem Anlegen der Klemmen noch

bestehen und von Einrissen herrührten, konnten stets durch Anlegen einer Klemme gestillt werden. Bei sehr grossem fixirten Uterus erleichtert er die Exstirpation durch Vornahme einer V- oder Y-förmigen Spaltung der vorderen Uteruswand. — Ueber die Exstirpation der Fibrome sagt D., dass ein Myom, das im Becken Platz hat, sich fast stets auf vaginalem Wege exstirpiren lässt und zwar mittelst der zerstückelnden Methode.

Beim Prolaps spaltet D., um Verletzungen der Blase zu vermeiden, gewöhnlich zuerst die hintere Wand der Gebärmutter, lässt die Lösung der Blase als letzten Akt der Operation und bringt den vollständig gespaltenen Uterus in Retroversionsstellung vor die Scheide. Die Ligamente werden unterbunden und zwar, nachdem die Gebärmutter um 180° gedreht ist, so, dass eine Torsion der Ligamente gleichzeitig zu Stande kommt. — Die abdominale Totalexstirpation, bei der er bekanntlich auch das untere Uterinsegment ausschält, ist im grossen Ganzen seit der ersten Publikation dieselbe geblieben, in Einzelheiten sind Aenderungen eingetreten. Die Hauptsache ist auch hier der Verzicht auf jede präventive Blutstillung, sodann das Erhalten einer peritonealen Manschette, die breit genug sein muss, um einen Verschluss der Bauchhöhle und eine extraperitoneale Lagerung der Operationsstümpfe zu ermöglichen. Er wendet diese Operation an bei grossen einfachen oder multiplen Fibromyomen, bei grossen, nach der Bauchhöhle hin sich entwickelnden Uterussarkomen oder Carcinomen sowie bei Adnexerkrankungen, bei denen das Operiren von der Scheide aus unmöglich und bei denen eine gleichzeitige Entfernung der Gebärmutter nothwendig ist. Wenn die Ligamenta lata nicht sehr kurz sind und so eine Entwickelung des Uterus vor die Bauchdecken verhindern, nimmt D. weder eine Durchschneidung noch eine präventive Abklemmung der oberen Partien des Ligamentum latum vor, deren Unterbindung den Zufluss des arteriellen Blutes zu der Geschwulst nicht hindert, den Abfluss des venösen Blutes aber erschwert. Durch das Vorwälzen der Gebärmutter über die Symphyse hingegen wird durch Dehnung der Arteriae uterinae die Blutzufuhr zur Geschwulst unterbrochen, während das venöse Blut durch die nicht unterbundene Spermatica abfliesst, so dass auf diese Weise die Geschwulst fast blutleer exstirpirt werden kann.

In der sich anschliessenden Discussion giebt alsdann D. an, dass er bei vaginaler Hysterectomie bei Carcinom eine Mortalität von 7—8 pCt., bei derselben Operation bei Fibromyomen von 4—6 pCt., bei doppelseitiger Adnexerkrankung von 2—3 pCt., bei abdominaler Totalexstirpation endlich eine Mortalität, die weniger als 5 pCt. beträgt, gehabt habe.

Martin hat schon 1879 die Colpotomia posterior ausgeübt, nach einer Reihe von Beobachtungen dieselbe aber aufgegeben und nur in ganz vereinzelten Fällen wendet er sie an. Bei der Myombehandlung bekennt er sich als Anhänger einer frühzeitigen Operation, allerdings soll man Myome, welche keine oder sehr unerhebliche Beschwerden machen, in Ruhe lassen; machen sie aber eine Behandlung nothwendig, so soll man sich nicht damit aufhalten, symptomatisch vorzugehen, denn wenn überhaupt eine Operation nothwendig ist, so sind ihre Resultate um so günstiger, je frühzeitiger sie ausgeführt wird. Vaginal operirt er nur, wenn die Geschwulst nicht zu umfangreich, nicht verwachsen und nicht zu hart ist. Wir müssen die Operation so gestalten, dass sie dieselbe Sicherheit wie die Ovariotomie bietet. Die Möglichkeit, ohne präventive Hämostase zu operiren, hängt aber ganz von der Entwicklung des Myoms ab. Ein schematisches Operiren kann äusserst verhängnissvoll werden. M. hat auch gelegentlich ohne präventive Hämostase operirt, aber die Fälle, in denen man so operiren kann, sind die selteneren. Bei ausgedehnten Verwachsungen, bei perimetritischen Schwielen etc. in dieses unmöglich. — In einer Replik führt M. weiter aus, dass er unter 496 vorderen Colpotomien nur 4 Todesfälle zu beklagen habe; einmal habe er in einer Serie 32 vaginale Myomoperationen ohne Todesfall ausgeführt und auch in den letzten Jahren wären nur wenige Kranke gestorben, das gleiche kann er von den abdominalen Myomoperationen mit präventiver Haemostase konstatiren. Dührssen befürchtet, das nach der Colpotomia posterior stärkere Verwachsungen eintreten.

Sonntag: **Ueber Consistenz und Elasticitätsverhältnisse des Uterus während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** Die Erweichung der Uteruswände in der Schwangerschaft betrifft vor Allem den Körper, nicht den Hals des Uterus; drückt man daher die Uteruswände zusammen oder gegen einen festen Punkt, z. B. gegen die Symphyse, so hat man das Gefühl, als ob man ödematöses Gewebe drückt. Ferner ist die grosse Elasticität des Eies bei der Palpation von Wesentlichkeit. Man kann daher bei der Palpation des Uterus die Finger namentlich oberhalb des inneren Muttermundes dicht an einander bringen (Hegar'sches Zeichen); die Cervix hingegen fühlt man als eine feste Walze. In der ersten Zeit der Schwangerschaft ist dieses Zeichen ein zuverlässiges; aber nicht nur der untere Körper, sondern der ganze Uterus zeigt die charakteristische Kompressibilität, man kann daher von der vorderen Wand eine Falte bilden. Auch die Kompressibilität an den Tubenecken ist äusserst charakteristisch (Landau). Mit der späteren Zeit der Schwangerschaft tritt eine erhebliche von oben nach unten fortschreitende Erweichung der Cervix ein; dieses allmählich vorschreitende Erweichen der Cervix ist ein Zeichen der bald eintretenden Entbindung. Die Frage, ob das Ei noch im Körper oder schon in der Cervix ist, ob das Wasser abgeflossen ist etc., lässt sich durch die Kompressibilitätsverhältnisse leicht bestimmen. Auch im Wochenbett sind besonders die tieferen Abschnitte des Uteruskörpers stark kompressibel, die Cervix behält die Kompressibilität bis in die 2. und 3. Woche nach der Geburt.

Schmeltz (Nizza): **Ueber Uterusdrainage mit Katgut.** Nach einem historischen Ueberblick über Uterusdrainage beschreibt S. die Methode, die er anwendet. Um Silkwormfäden, die sterilisirt sind, wird gleichfalls sterilisirtes Katgut gedreht und dieser Docht wird als Drain in die Uterushöhle eingeführt. Die Methode soll den Vortheil haben, dass sie operative Eingriffe unter Umständen überflüssig erscheinen lässt und dass sie ferner gefahrlos sein soll. Eine eventuell nothwendige Dilatation des Uterus macht er mit Laminariastiften. Als Indication für die Uterusdrainage nennt er puerperale Metritis und Endometritis, bei der er nach einem Curettement und Aetzen der Schleimhaut mit rauchender Salpetersäure den Katgutdrain einführt. Weiter wendet er sie an bei chronischer katarrhalischer und eitriger Salpingitis und unterstützt die Resorption der Adnextumoren und gleichzeitiger parametraner Exsudate durch Massage; bei Anteflexio und Retroflexio soll eine mehrwöchige Anwendung des Uterusdrains von Nutzen sein, endlich drainirt S. bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und bei Stenosen des Collum uteri. Als Gegenindikation sieht er mit Recht jeden akut entzündlichen Process an, da bei diesem ein Wiederaufflackern der Entzündung eintreten würde. (Dieses ist aber der springende Punkt, durch den jede intra-uterine Behandlung, namentlich wenn sie, wie S. will, selbst bei Parametritis und entzündlichen Adnextumoren ausgeführt wird, so gefahrvoll werden kann, dass wir nicht in der Lage sind zu bestimmen, ob der Inhalt der Tube noch infektiös ist, ob nicht durch die Behandlung der scheinbar chronische, fieberfreie Process wieder zu einem akuten wird, der durch Ausbreitung auf das Peritoneum die Kranke in Lebensgefahr bringt.)

(Nach einem Eigenbericht.)

Schmeltz: **Ueber Aetiologie und Pathogenese des Carcinoms.** S. konnte im Rectum-, Hoden-, Zungen-, Lippenkrebs, besonders aber im Mammacarcinom Parasiten nachweisen, welche identisch zu sein scheinen mit den von Foà und Soudakewitsch beschriebenen. Sie stellen regelmässig begrenzte Blasen dar, welche sich mit Hämatoxylin stark färben, in ihrer weiteren Entwicklung die Form einer Kokarde annehmen und sich in zwei Theile zu trennen scheinen, alsdann findet eine weitere Theilung statt. Im Gegensatz zu den Gewebszellen enthalten die Parasiten kein Chromatin; aus diesem Grund hält S. es für wahrscheinlich, dass es sich um Protozoen handelt, bei denen sich gewöhnlich kein Chromatingehalt nachweisen lässt. Dieses Fehlen von Chromatin unterscheidet sie mit Sicherheit von degenerirten Carcinomzellen, mit denen sie viele Beobachter verwechseln. Kulturen, welche S. anzulegen versuchte, ergaben keine positiven Resultate. Nach seiner Hypothese entwickeln sich die Krebsparasiten in der Zelle und

bilden in ihr Sporen. Diese Sporen, die sich weiter entwickeln, inficiren die umgebenden Zellen, die, sobald sie die Parasiten enthalten, degeneriren und absterben. Die Blut- und Lymphgefässe führen die Coccidien überall hin, wo sie aber in die Gewebe eindringen, erzeugen sie Metastasen. Zur Härtung der Präparate ist Flemming'sche Chromacetosmiumlösung empfehlenswerth. Bei der Operation des Carcinoms verwirft S. jede Naht oder Ligatur, Blutungen stillt er durch Torsion der Gefässe, ferner räth er, die Haut in möglichst grosser Ausdehnung zu entfernen und die Wundfläche mit einer kaustischen Paste zu bedecken.

(Nach einem Eigenbericht.)

G. Apostoli: **Über die Anwendung des „Courant ondulatoire" in der Frauenheilkunde.** Dieser Strom, der bisher in der Frauenheilkunde noch keine Anwendung fand, ist seit dem Jahre 1896 von A. in einer Reihe von Fällen erprobt worden. Der Arsonval'sche Apparat für den semisoidalen Strom gestattet mittels einer sehr einfachen Einrichtung einen Courant ondulatoire zu erhalten. Derselbe zeigt vollständig die physiologischen Eigenschaften, welche Arsonval beschrieben hat. Apostoli hat ihn bei 156 Kranken, darunter 108 mal bei Frauenleiden, angewendet, und zwar in 1170 Sitzungen. Ausgeschlossen von der Behandlung waren bösartige Neubildungen und mit Eiterungen einhergehende Affektionen. Ohne jede Schädigung der Kranken konnte täglich oder jeden zweiten Tag die Behandlung durchgeführt werden, die Dauer der Sitzung betrug 5 Minuten; theils wurde die Elektrode, welche mit Watte umwickelt war, nur in die Scheide eingeführt (786 mal), theils in die Uterushöhle, theils in den Cervicalkanal (384 mal), in den beiden letzten Fällen wurde eine Platinelektrode verwendet. Im Allgemeinen wurden bei allmählichem Ansteigen ohne irgend welche Störung während der Operation oder nach derselben 15—25 Milliampères sehr gut vertragen, selten wurde bis auf 50 Milliampères gestiegen. Nur eine kurz andauernde Abgeschlagenheit oder Ermüdung — jedoch ohne Fieber und ohne Schmerz — war die Folge. Die erreichten Resultate sind folgende:

Der Courant ondulatoire unterstützt die Resorption von periuterinen Exsudaten und die Lösung von Adhäsionen, auf die Rückbildung von Myomen ist er ohne Einfluss. Bei intermenstruellen Schmerzen erweist er sich als wirksames Analgeticum. Durch eine Art Zittermassage beruhigt er die Schmerzen, beseitigt sie für den Augenblick oder wenn er lange genug angewendet wird, auch vollkommen für die Dauer; ausgenommen von der Behandlung sind, wie schon erwähnt, bösartige Tumoren und eitrige Processe. Auf Dysmenorrhoen wirkt er fast stets günstig ein, gewöhnlich schwinden sie bald vollständig sowohl nach vaginalem, als auch nach intracervicalem Elektrisiren, das jedoch häufiger wiederholt und besonders kurz vor der Menstruation ausgeführt werden muss. Bei uterinen Blutungen ist die vaginale Anwendung des Stromes wenig oder gar nicht wirksam, bei intrauteriner Anwendung tritt häufig sogar eine Blutung ein, die jedoch schwach zu sein pflegt. Die vaginale Application ist auch bei Leukorrhoe unwirksam, während sich bei dieser Erkrankung die intracervicale Behandlung häufig als wirksames Mittel zur Beseitigung des Ausflusses bewährt. Bei Amenorrhoe erweist sich das Einführen des negativen Pols des Courant ondulatoire gewöhnlich weniger wirksam, als die gleiche Behandlung mit dem konstanten Strom. Bei Verstopfung wirkt intracervicale Anwendung des Stromes sehr günstig.

Die Einwirkung des Courant ondulatoire auf die Beseitigung von Schmerzen und von Congestionen, sowie auf die Resorption von Exsudaten, lässt diesen nach A. als eine werthvolle Bereicherung der Therapie erscheinen.

(Der Courant ondulatoire ist, wie mir von berufenster Stelle (Prof. Eulenburg) mitgetheilt wird, eine Unterart des Wechselstromes, der durch ausserordentlich rasch erfolgende Umdrehungen einer Dynamomaschine entsteht; die Wechselströme sind nach den bisherigen Erfahrungen gänzlich wertlos und rufen keine physiologische Wirkung hervor. Der Apparat kostet, wie mir Hirschmann mittheilt, ca. 1200 Mk.). —

Murdoch Cameron: **Ueber die Beziehungen der Lage der Frucht zur Gebärmutter und Placenta.**

Beobachtungen bei Kaiserschnitten haben Murdoch Cameron erkennen lassen, dass bei Lagen, in denen die Frucht nach vorn liegt, die Placenta an der hinteren Fläche der Gebärmutter sitzt und zwar: dass bei erster Schädellage die Placenta an der hinteren Wand ein wenig nach rechts, bei der zweiten Schädellage ein wenig nach links; bei der ersten Vorderhauptslage an der vorderen Wand ein wenig nach der rechten Seite zu und bei der zweiten Vorderhauptslage ein wenig nach der linken Seite zu entwickelt ist. — Der Rücken der Frucht und Placenta liegen auch bei den Beckenendlagen einander gegenüber. Es ist leicht verständlich, dass hierdurch das Kind sich während der Wehenthätigkeit in der denkbar günstigsten Lage befindet, denn während der Wehe legt sich der Rücken des Kindes vollständig der Gebärmutterwand an; es würde das Kind, wenn die Placenta anders sässe, leicht asphyctisch werden, besonders würde, nachdem die Blase gesprungen oder wenn wenig Fruchtwasser vorhanden ist, die Circulation in der Placenta unterbrochen werden, wenn diese und der Rücken der Frucht an derselben Fläche des Gebärmutterinnern gelegen wären.

Nach den verschiedenen Statistiken finden sich im Durchschnitt 77 pCt. Hinterhauptslagen (Rücken nach vorne) gegen 23 pCt. Vorderhauptslagen (Rücken nach hinten). Bei den in der Wiener Klinik vorgenommenen 32 Kaiserschnitten sass die Placenta 10 mal an der vorderen Wand, d. i. in 31,2 pCt., in Heidelberg unter 161 Fällen 40 mal, d. i. in ca. 25 pCt., in Cameron's Fällen in 23 pCt. —

Ebenso ist es auch wahrscheinlich, dass der Sitz der Placenta an einer bestimmten Stelle die Gestalt der Gebärmutter so ändert, dass die Frucht, um im längsten Durchmesser der Gebärmutter zu liegen, sich quer legen muss.

8. Sitzung am 24. August, Nachmittags.

Jonnesco (Bukarest) spricht über **vollständige abdominale Castration** (Kölio-Hystero-Salpingo-Oophorektomie) bei septischen Erkrankungen des Uterus und der Adnexe.

Nach einem historischen Ueberblick über die totale abdominale Castration berichtet er, dass er 16 mal bei Beckenabscessen die vaginale Totalexstirpation ausgeführt habe, wegen der Unmöglichkeit, in einer Anzahl von Fällen radikal zu operiren, habe er die vaginale Operation aufgegeben und mit der abdominalen Operation vorzügliche Resultate erzielt, unter 14 Kranken, von denen er 12 wegen doppelseitiger eitriger, 2 wegen tuberkulöser Adnexerkrankungen operirte, sind nur 2 gestorben.

Die Operation ist leicht und so radikal, dass keine secundären Operationen nothwendig sind. Die Heilung ist eine schnelle und vollkommene. Die Operation führt er in Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung so aus, dass er nach Lösung der Adhäsionen die Art. spermatica und das Lig. rotundum isolirt unterbindet: alsdann durchtrennt er, indem er den Fundus uteri mit einer Hakenzange anhebt, die Plica vesico-uterina, löst die Blase von der Gebärmutter ab, eröffnet das vordere Scheidengewölbe, luxirt das Collum uteri durch diese Oeffnung nach vorn und isolirt die Art. uterina, unterbindet sie zwischen 2 Ligaturen, umschneidet alsdann durch Durchtrennung der seitlichen und des hinteren Scheidengewölbes das Collum uteri vollständig. Ueber die isolirt unterbundenen Stümpfe der Art. spermatica, des Lig. rotundum und der Art. uterina näht er mittels einer Lambert'schen Naht (Serosa an Serosa) das Peritoneum und schliesst von oben auch die Scheidenwunde vollständig ab oder vernäht ihre Mucosa mit dem Peritoneum, falls eine Drainage (Jodoformgaze) erforderlich ist. — Einmal trat eine Scheiden-Darmfistel ein, in einem Falle, in dem die mit dem Colon verwachsene Tube von diesem abgelöst werden musste. Die Vortheile dieser Operation sind folgende: 1) Diagnostische Irrthümer über die Doppelseitigkeit der Erkrankung sind unmöglich. 2) Ist die Operation eine übersichtliche und leicht auszuführende. 3) Sie gestattet die vollständige Entfernung

der erkrankten Organe und ergiebt so nicht nur die besten Resultate für den Augenblick, sondern auch gute Dauerresultate. 4) Im Gegensatz zur vaginalen Totalexstirpation ist man vor Komplicationen wie Nachblutungen, Verletzung der Blase, Ureteren und Darm geschützt. 5) Dank der Asepsis ist die Operation ebenso gefahrlos, wie die vaginale Operation.

Jonnesco: **Ein neues Verfahren in der Behandlung der Retrodeviatio uteri.**

Ist die Retroflexio mit Erkrankungen der Anhänge compliciert, so soll die Behandlung die Heilung der Adnexveränderungen, die die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen hervorzurufen pflegen, erstreben. Sind aber die Anhänge normal, treten die Erscheinungen in den Vordergrund, welche von der beweglichen oder fixierten Retroflexio verursacht werden, so soll die Behandlung dahin zielen, den unbeweglichen Uterus frei zu machen, die Knickung auszugleichen und die suspendierte Gebärmutter in einer Lage zu erhalten, welche der normalen möglichst gleichkommt. Dieses werden wir nur durch einen abdominalen Eingriff erreichen; denn mittelst des Leibschnittes können wir den Uterus frei machen und eine Lagecorrectur herbeiführen: die Cuneo-Hysterectomie wird ihm seine normale, beständige Anteflexur wiedergeben, die Verkürzung der Ligamenta rotunda, die Faltung der Ligamenta lata wird ihn in dieser normalen Stellung erhalten; so bewirkt diese Operation, dass sowohl die Biegung der Gebärmutter, wie auch die Erschlaffung der Suspensionsbänder beseitigt wird, während die bisher ausgeführten operativen Eingriffe nur einer der genannten Anforderungen genügten. Die Operation ist folgende: Nach einem ca. 12 cm langen Schnitt durch die Bauchdecken, wird die Gebärmutter aus ihren Verwachsungen gelöst, alsdann wird das Peritoneum auf der Vorderfläche des Uterus quer eingeschnitten; während der untere Lappen mit einer Pincette vorgezogen wird, wird die Blase mit dem Zeigefinger abgestreift, sodass die Gebärmutter in einer Ausdehnung von 3 cm von ihr entblösst wird, alsdann wird ein Keil in der ganzen Breite des Uterus ausgeschnitten, dessen Basis 1½ cm breit ist und dessen Spitze bis zur Mucosa reicht. Die Wunde wird durch 3 versenkte Nähte und eine oberflächliche Kürschnernaht geschlossen.

Alsdann werden die Ligamenta rotunda an ihrem uterinen Ursprung und nach Hervorziehen aus dem Orificium internum des Leisten-Kanals auch dort angefrischt, und die angefrischten Flächen werden mit einander durch Seiden-Knopfnähte vereinigt. Um die Faltung der Ligamenta rotunda zu verstärken, zog J. durch das Lig. latum einen Faden und knüpfte die Enden dieses Fadens auf der hinteren Fläche des Ligamentum latum zusammen. Die Bauchwunde wird durch Katgutnaht in 3 Etagen geschlossen. Jonnesco hat nach dieser Methode 4 Fälle operiert und geheilt, die teils uncompliciert waren, teils mit Veränderungen der Tuben und Ovarien verbunden waren. (Da die Beobachtungsdauer eine sehr kurze ist, kann man bisher von einer Heilung nicht sprechen, für uncomplicierte Fälle ist ausserdem dieses Verfahren ein recht eingreifendes. Ref.)

(Nach einem Eigenbericht.)

Ratchinsky: **Über die combinierte Bauchdeckennaht nach Laparotomie.**

Von der Bauchdeckennaht wird verlangt:

1) eine gute Vereinigung der Ränder der Aponeurose.

2) Schutz der vereinigten Ränder vor Ausdehnung, der sie unter dem Einfluss der Function der Bauchpresse fortwährend ausgesetzt sind. Da die beiden zur Zeit gebräuchlichen Arten der Bauchdeckennaht, Massen- und Etagennaht, nicht genügend diese beiden Bedingungen erfüllen, so wurde in der Klinik des Herrn Professor v. Ott (Petersburg) seit dem Jahre 1891 systematisch die combinirte Naht, eine Combination der Massen- und Etagennaht, angewendet. Man legt tiefe Nähte en masse durch die ganze Dicke der Bauchdecken; bevor man aber diese Nähte knotet, näht man die Aponeurose zusammen und dann erst werden die tiefen Nähte geknotet. Nachher werden, soweit es nötig ist, plastische Nähte der Haut angelegt. Durch zweifache Naht wird also die Aponeurose vereinigt, die eine ihre eigene,

die andere die allgemeine. In technischer Beziehung ist diese Naht natürlich complicirter als die einfache Massen- oder Zweietagennaht. Während bei der allgemein gebräuchlichen Naht die Hernien der Linea alba 8—30% betragen, gab die combinirte Naht 3,1% Hernien.

Geoffroy (Paris) beobachtete bei langdauernden Untersuchungen des Digestionskanals Schwangerer, welche an unstillbarem Erbrechen litten, dass dieses durch die langausgedehnte Palpation aufhörte. Er empfiehlt eine derartige Behandlung. Nach seiner Ansicht wird das Erbrechen durch reflektorische Kontraktionen des Pylorus, des Duodenum und vor Allem des Übergangtheiles des Ileum in das Colon veranlasst. Auf dieses muss man daher besonders durch die Palpation einwirken.

Mdm. V. Antouchevitsch: Die Gleichheit der Symptome, welche das Erbrechen Schwangerer mit dem Zustand der Thiere zeigt, welche in der Nahrung zu wenig Salz (K und Na) zu sich nehmen, veranlasste A. bei Schwangeren grosse Dosen Salz und zwar besonders Calciumhypophosphoricum, Glaubersalz und Bromsalze zu verordnen und zwar stets mit gutem Erfolg.

G. Durante: **Beitrag zum Studium der Blasenmole.** In der Klinik des Dr. Porak konnte D. 2 Arten von Blasenmolen von ganz verschiedenem histologischen Bau studiren, die Interesse bieten, weil D. glaubt, dass man nach dem mikroskopischen Befund der Molen entscheiden kann, ob es sich um gutartige Molen handelt, bei denen das Syncytium einen regenerativen Process durchmacht, oder um bösartige, bei denen an den Zotten sich atypische Wucherungen des Syncytium finden (denselben Befund stellte J. Neumann auf der VII. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig fest. Ref.). — Das Syncytium fasst D. als fötales Epithel auf, die Mole als eine Hyperplasie dieses fötalen Epithels, als ein placentares Adenom. In dem Falle, in dem es sich um die maligne Form handelte, waren die Zöttchen von einem sehr dichten Syncytiumlager umgeben, das atypische Wucherungen zeigte und sehr grosse, mehr oder weniger breitgestielte Fortsätze ausschickte, von denen einige so gross sind, dass sie fast mit blossem Auge erkannt werden können. Diese Fortsätze werden allein von einer unstrukturirten Masse gebildet, an der weder Zellgrenzen noch Umhüllungsmembran erkennbar sind, und die eine schleimige Infiltration darstellen. — Bei der 2. gutartigen Form hingegen werden die Bläschen nur von einer sehr dünnen Syncytiumschicht bedeckt, die nur ganz selten kleine Fortsätze aussendet. Bei ihr entstehen die mittleren und grossen Blasen durch das Zusammentreffen zahlreicher kleinerer, an deren Berührungsflächen alsdann die syncytiale Deckschicht schwindet. Zwischen den beiden Haupttypen kann man verschiedene Übergangsformen beobachten. Charakteristisch für die letzte gutartige Form ist also das Schwinden des Syncytium, dessen Wuchern im Gegensatz hierzu die maligne Natur der Erkrankung erkennen lässt.

Tsakiris (Paris) demonstrirt ein zangenförmiges Instrument, mit dessen Hilfe es leicht gelingt, bei Steisslage eine Schlinge um die Hüften zu legen. Die beiden Branchen, welche hohl sind, werden einzeln eingeführt und alsdann wird mittelst eines elastischen Dochtes die Schlinge durchgezogen. Auch als Embryotom kann das Instrument zweckmässig verwendet werden, man führt alsdann eine Kettensäge durch die hohlen Branchen. Sobald die Schlinge oder Säge liegt, werden die beiden Branchen einzeln langsam zurückgezogen.

Everke berichtet über **perforirende Scheidenzerreissungen während der Geburt.** Er hat 4 Fälle beobachtet, davon sind 3 schon früher veröffentlicht, der letzte Fall trat bei einer IIpara ein, die erste Geburt war sehr schwer verlaufen, bei der letzten legte ein Arzt die Zange ohne Erfolg an. Die Frau hatte ein enges Becken, das Kind war tot. Bei der Untersuchung fand sich, dass das Kind in die Bauchhöhle ausgetreten war. Da Pat. stark kollabirt war, wurde nach Extraktion des Kindes nur eine Drainage ausgeführt, die Frau starb. Bei der Sektion zeigte es sich, dass der Uterus intakt war, hingegen war die Scheide in grosser Ausdehnung zerrissen, desgleichen die Blase.

Aetiologisch ist das enge Becken von wesentlicher Bedeutung. Der kindliche Schädel drückt gegen die Scheidenwand. Die Behandlung besteht in möglichst schneller Entwickelung der Frucht, falls dieselbe noch nicht in die Bauchhöhle ausgetreten ist. Ist die Frucht in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist das rationellste, die Laparotomie zu machen; in vielen Fällen aber lässt sich die Entwickelung von unten ausführen, und ist dann empfehlenswerth. Der Riss lässt sich leichter von der Vagina, als von der Bauchhöhle aus vernähen; die Naht ist das einzig sichere Mittel, um die häufig sehr gefährliche Blutung zu stillen. Vorgefallene Därme sind zu reponiren, indem man sie über das Promontorium zurückschiebt und dann den Uterus nach unten drängt.

J. P. Nedorodoff: **Heilung der Extrauterin-Schwangerschaft und ihrer Folgezustände mittelst Elektricität.** Die Extrauterin-Schwangerschaft wird auf zwei Arten behandelt, vermittelst Coeliotomie oder Elektricität.

Im Allgemeinen wird die erste Methode angewendet, theils weil die Elektricität noch zu wenig beachtet wird, theils weil die abdominale Chirurgie glänzende Resultate erzielt, und diese Operation, besonders im Beginn der Schwangerschaft, leicht ausführbar ist. Es ist vorgekommen, dass die Hystero-Salpingo-Oophorectomie ausgeführt worden ist, obwohl die Kranke nur einen einseitigen, hinter der Gebärmutter liegenden Tumor hatte. Die Operateure sollten nie vergessen, dass sie vor Allem Aerzte sind, dass jede Operation dem Organismus schadet und mitunter Natur und Beruf der Frau vollständig vernichtet.

Im Gegensatz hierzu bewirkt die Behandlung mittelst Elektricität, die freilich viel Zeit und Mühe kostet, eine vollkommene Heilung, ohne irgend welche Nebenwirkung, ohne Störungen im Organismus. N. bestreitet durchaus nicht den Nutzen der Operation, doch möchte er sie auf die dringendsten Fälle beschränkt sehen.

Im Ganzen behandelte N. acht Fälle, bei drei hatte noch keine Unterbrechung der Schwangerschaft stattgefunden, bei fünf Fällen war eine Ruptur eingetreten. Alle Frauen sind geheilt, einige haben später normal entbunden.

Die Elektricität wird folgendermassen angewendet: 1. als constanter Strom (10—200 Milliampères, 5—15 Minuten, mit Steigerung des Stromes um 5—40 Milliampères). 2. Als Elektropunktur (30—70 Milliampères 3 bis 8 Minuten ohne Narkose). 3. Abwechselnde Behandlung mit dem constanten und dem Inductionsstrom.

N. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Extrauterin-Gravidität der ersten Monate soll mittels des elektrischen Stromes behandelt werden, als Grenze für die elektrische Behandlung kann die Mitte des vierten Monats angesehen werden. 2. Bei Haematocelenbildung nach einer Extrauterin-Schwangerschaft bis zu drei Monaten ist es die einzig mögliche Behandlungsart, selbst veraltete Fälle von Haematocele sollten nicht anders behandelt werden. 3. Die übrigen Fälle müssen chirurgisch behandelt werden.

(Autoreferat.)

S. Cholmogoroff: **Die sekundäre Dammnaht** (zwischen dem zweiten und zwanzigsten Tage nach der Geburt).

Beim Reissen des Dammes während der Geburt wird der letztere gewöhnlich sofort resp. in den ersten 6—12 Stunden nach derselben vernäht. Ist diese Zeit aus irgend einem Grunde verpasst, oder hat trotz rechtzeitiger Nahtanlegung keine Verwachsung stattgefunden, so wartet man nach der allgemeinen Regel das Ende des Puerperiums, resp. sechs Wochen ab, und schreitet erst dann zur Dammplastik. Die Ursache, dass man das Nähteanlegen während des Wochenbettes vermeidet, ist in der Furcht begründet, dass die Lochien, mit der frischen Wunde in Berührung gebracht, eine Puerperalerkrankung des Organismus durch Autoinfection hervorrufen können. Wird nämlich das schützende Granulationsgewebe zerstört, so sind für die Resorption die Pforten geöffnet und der Organismus kann inficirt werden.

Wie kann man sich also unter derartigen Bedingungen entschliessen, Operationen an den äusseren Geschlechtsorganen in der ersten Hälfte des Wochenbettes vorzunehmen, ist denn das so nothwendig? Dass eine Nothwendigkeit existirt, ist zweifellos. Je früher die Frau Alles, was zum Geburtsprozess gehört, überstanden hat, desto besser für sie. Im andern Falle schiebt die Frau diese Operation gewöhnlich auf und wendet sich an den Arzt erst dann, wenn sie durch die Folgen des Dammrisses: retroversio, descensus und prolapsus uteri beunruhigt wird. Zu ihrer Beseitigung erfordern diese Leiden alsdann nicht nur eine Colpoperineorrhaphie, sondern auch andere, viel ernstere Operationen: wie vagini-, vesici- und ventrifixatio. Die Letzteren würden wohl vermieden werden können, wäre der Dammriss rechtzeitig vernäht worden.

Das Alles zeigt, wie wichtig es ist, diese Operation ohne Aufschub während des Wochenbettes, wo möglich in den ersten Tagen (wenn es nur ohne Gefahr für die Gesundheit der Wöchnerin geschehen kann) vorzunehmen. Dieses veranlasste mich, die Dammrisse sofort bei der Aufnahme der Patientinnen zu nähen. Zuerst fürchtete ich Complicationen, die mit einer Wunde an den Geschlechtsorganen im Puerperium verbunden sein könnten, dann aber überzeugte ich mich, dass alle unangenehmen Folgen unter gewissen Vorsichtsmassregeln vermieden werden können, dass die Verwachsung vorzüglich vor sich geht, dass Temperatursteigerung im Puerperium nur als Ausnahme vorkommt, dass auch geringe Temperaturerhöhungen vor der Operation nicht als Contraindication für dieselbe betrachtet werden können, dass sogar ätzende, stinkende Secretion aus dem Uterus die Verwachsung nicht stört. Die Vorbereitung der Operation besteht in Folgendem: Tags vor der Operation wird die Scheide mehrere Male exact mit Sublimatlösung ausgewaschen und mit Sublimatgaze zur Aufnahme und Desinfection der Lochien tamponirt. Unmittelbar vor der Operation wird die Gaze entfernt, die Vagina irrigirt und wieder ein Streifen Sublimat- oder Jodoformgaze eingeführt. Letzterer bleibt einen Tag lang in der Vagina liegen und wird mittelst eines nach aussen geleiteten Fadens herausgezogen. Das Ziel dieser zweiten Tamponade ist, das Eintreten der Lochien in die Wunde zu verhindern bis eine mehr oder weniger feste Verklebung der Wundränder stattgefunden hat. Nach 24 Stunden betrachte ich die Rolle der Tamponade für beendet und mache nur vorsichtige Scheidenausspülungen. Bei der Operation bezeichne ich mit dem Messer nur die Grenzen der Wunde, dann entferne ich in diesen Grenzen das Granulationsgewebe und die frische eben gebildete Narbe mit einem scharfen Löffel. Wenn die Ruptur an einer alten Rissstelle stattgefunden hat, so muss man mit dem Messer eine viel grössere Fläche, als die neue Ruptur einnimmt, begrenzen. In diesen Fällen erweist sich der scharfe Löffel als ungenügend, die festeren Theile der Narbe müssen mit dem Messer entfernt werden. Das Nähteeinlegen geschieht nach den allgemeinen Regeln. Als Material für innere und versenkte Nähte brauche ich Sublimatcatgut, für äussere geflochtene Seide. Aeussere Nähte werden am 7. Tage entfernt. So habe ich 26 Dammrisse vernäht. Die Resultate sind folgende: In allen Fällen trat volle Verwachsung per primam ein: 18 von ihnen hatten in der Nachoperationsperiode normale T°, 7 unbedeutende Steigerung in den ersten Tagen. Diese Temperaturerhöhungen waren meiner Ansicht nach nichts weiter, als Resorptionsfieber und kommen augenscheinlich in den Fällen vor, wo die Wundränder schlecht anlagen. Eine von den Operirten überstand eine schwere croupöse Pneumonie, welche sie am Tage der Operation befiel; auch dieser Umstand hinderte nicht die völlige Verwachsung. Diese günstigen Resultate gaben mir das Recht, auch die Colpoperineorrhaphie der alten Dammrisse in den ersten Tagen nach der Geburt vorzunehmen. So habe ich zwei Dammrisse nach Hegar und vier nach Lawson Tait vernäht. In allen Fällen volle Verwachsung per primam und normale T° nach der Operation.

Auf Grund dieser Erörterungen komme ich zu folgenden Thesen:

1. Wo der Dammriss in den ersten Stunden nach der Geburt nicht vernäht ist, braucht man den Ablauf des Wochenbettes nicht abzuwarten.

2. Wenn die auf den Riss applicirten Nähte entfernt werden und keine Verwachsung stattgefunden hat, sind ohne den Vernarbungsprocess erst abzuwarten neue anzulegen (angenommen, dass keine andere Contraindicationen vorliegen)!

3. Entfernung des Granulationsgewebes mit dem scharfen Löffel, Nahtanlegung und sogar die Restitution des bei vorhergegangenen Geburten gerissenen Dammes, bringen dem Organismns nicht die geringsten Gefahren, wenn die Operation zur erwähnten Zeit vorgenommen wird.

4. Dammrisse, die im Zeitraum vom zweiten bis zum 20. Tage vernäht sind (eben zu der Zeit, wo die meisten die Vornahme der Operation fürchten) verwachsen unter gewissen Vorsichtsmassregeln vorzüglich.

(Nach einem Eigenbericht.)

Jacub (Moskau): **Ueber den Einfluss der acuten infectiösen Krankheiten auf den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** Die Schwangerschaft schliesst die Gefahr zur Erwerbung infectiöser Erkrankungen nicht aus. Der Verlauf derselben ist derselbe, wie im normalen Zustande der Frau, die Prognose ebenfalls von der Gravidität unabhängig. Dagegen ist die Gefahr für das Kind eine nicht unerhebliche, die einerseits von der Temperatur der Mutter, andererseits von der Möglichkeit des Ueberganges von Infectionsstoffen in den kindlichen Organismus abhängt. — Besonders ist das kindliche Leben bei Recurrens gefährdet. Bei der Therapie muss hauptsächlich auf Herabsetzung der Fiebertemperatur Bedacht genommen werden. Bei Abdominaltyphus tritt in der Regel während der zweiten Woche der Erkrankung ein Abort ein, ohne dass es möglich ist, dem Ereigniss vorzubeugen. — Die Mutter kann zu jeder Zeit der Schwangerschaft von Infectionskrankheiten befallen werden.

Nachdem alsdann v. Winckel den russischen Kollegen gedankt hat und Makejew und Sneguireff in gleicher Weise der Section ihren Dank ausgesprochen haben, werden die Sectionssitzungen geschlossen.

---

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig

20. bis 25. September 1897.

Verhandlungen der Abtheilung für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Referent: Dr. Otto Wille, 2. Schriftführer der Abtheilung.

1. Abtheilungssitzung: Montag, 20. September, Nachmittags.

Vorsitz: Herr W. A. Freund, Strassburg.

I. W. A. Freund-Strassburg: **„Ueber complicirte Urinfisteln."**

Vortragender beschreibt folgende 2 Fälle:

1. 23jähriges Mädchen, welches im 9. Lebensjahr beim Sturz von einem Baum auf eine sich in die Genitalien bohrende Stacketlatte gefallen war. Man fand zunächst nur einen fistulösen Gang, welcher oberhalb der vorderen Columna rugarum begann, unter der Schleimhaut 4 cm lang nach hinten verlief und im l. hint. Scheidengewölbe wieder schlitzförmig ausmündete. Erst später fand man noch weiter links hinten im Scheidengewölbe eine zweite Fistel, die im bogenförmigen Verlauf nach vorn und abwärts in die Harnblase führte. Die Operation erzielte vollständige Heilung.

2) 29jähr. Frau, deren Urinfistel vor 2½ Monaten bei ihrer 2. Entbindung (Vorderscheitellage, Zangenversuch, Kranioklasie) entstand. Dieselbe ist federkielstark und sitzt im vorderen Scheidengewölbe. Ausser ihr findet sich noch ein Fistelgang; dieser beginnt 1 cm links von ihr, führt im Bogen

um die Scheide herum nach hinten, an der l. Seite des Mastdarms vorbei bis an die Vorderfläche des Kreuzbeins. Aus diesem Gang reichliche Eiterung. Bei der Operation wird zunächst die Blasenscheidenfistel versorgt nach Tamponade der hinteren Fistel. Sodann wird mittels halbmondförmigen Schnittes am hinteren Umfang des Anus unter Controlle des im Rektum liegenden Fingers stumpf präparirend auf den hinteren Fistelgang eingegangen, in welchen eine Sonde eingeführt ist. Derselbe endigt im Paraproktium mit einer Eiterhöhle. Diese wird ausgespült und drainirt. Sie schliesst sich bald.

Das Interesse der Fälle liegt in den eigenthümlichen Organverschiebungen, durch welche diese bogenförmigen Gänge entstanden. Im ersten Fall erreichte die in die Genitalien dringende Latte noch vom hinteren Scheidengewölbe aus die Blase; eine stark gefüllte Blase wölbt sich eben concav um das Scheidengewölbe herum. Die sich nun nicht mehr füllende Blase retrahirte sich dann nach unten vorn und zog so die Fistel zu dem langen Gange aus.

Im 2. Falle war bei der Entbindung der Genitalschlauch nicht nur, wie gewöhnlich, nach abwärts gezerrt, sondern auch transversal verschoben, also im Sinne einer Spirale. Auf der Höhe dieser Verschiebung war Druckgangrän des Parametrium und Paraproktium erfolgt, und so entstand der Schrägverlauf der Fistel.

II. Derselbe: **„Ueber Resorptionskuren."**

Vortragender schlägt für eine Reihe von entzündlichen Processen ein der conservativen Chirurgie entlehntes Verfahren vor, das er seit Monaten mit bestem Erfolge anwendet. Als allgemeine therapeutische Grundsätze schickt er voraus, dass er im akuten Stadium der entzündlichen Processe nicht operirt, sondern „antiphlogistisch" (Blutegel, Calomel etc.) behandelt; bei eingetretener Eiterung wird operirt. Bei dem zwischen diesen Stadien liegenden Zustande der Infiltration oder Exsudation wird das „resorbirende" Verfahren angewandt. Natürlich aber hat alles Schematisiren nur bedingten Werth.

Das resorbirende Verfahren besteht in der Anwendung von Schrotbeuteln, welche jeden Tag auf mehrere Stunden applicirt werden; ein über ein Röhrenspeculum gezogenes sehr starkes Condom wird, nachdem das Ganze in mässiger Beckenhochlagerung eingeführt ist, mit Schrot (Nr. 3) bis zu 800, selten 1000 Gramm gefüllt. Auf die Unterbauchgegend wird nach Hochstreichen der Flexura iliaca ein mehrere Pfund schwerer Schrot-Gummibeutel gelegt.

Nach stundenlangem Verweilen der Schrotbeutel, wobei die Beschwerden ganz minimal sind, hat sich zunächst der Vaginalcondom vollkommen den Contouren der Vagina adaptirt; dabei erweitert und verlängert sich die Vagina. Man kann das am besten durch Vergleich mit Vaginal-Ausgüssen constatiren (Demonstration). Alle Beckenorgane werden elevirt; die Unterbauchgegend bleibt noch längere Zeit nach Entfernung des äusseren Beutels tief eingedrückt, die bimanuelle Palpation ist dann überraschend leicht.

Bisher sind günstige und schnelle Erfolge bei chronischer Parametritis, Perimetritis, Adnexschwellungen, ferner bei schwer reponiblen Retroflexionen, bei narbiger oder infantiler Enge der Vagina beobachtet worden.

III. Herr W. Thorn-Magdeburg: **„Statistisches und Klinisches zum Carcinoma uteri."**

Die Dauererfolge der Totalexstirpation wegen Carcinom sind noch immer wenig befriedigend; höchstens 30 pCt. erreichen den Zeitpunkt von 5 Jahren post operationem. Die Folge davon ist der weit über das Berechtigte hinausgehende Pessimismus der praktischen Aerzte und das Misstrauen des Publikums gegenüber den Krebsoperationen.

Vortragender schlägt daher vor, zukünftig die operirten Fälle von vorn herein in „reine" und „unreine" zu trennen, was aus den Untersuchungsbefunden vor und namentlich nach der Operation in der grossen Mehrzahl der Fälle sehr sicher zu ermöglichen ist. Die „unreinen" Fälle recidiviren fast alle binnen 2 Jahren; das sind beinahe immer regionäre Recidive und nur ganz ausnahmsweise Impfrecidive.

Um zum Thema der Impfrecidive einiges zu sagen, so hat die Angst vor denselben gewiss ihr Gutes, wird aber heute vielfach übertrieben und wirkt dann lähmend auf den Operateur; Mackenrodt's Igniexstirpation ist ein Erzeugniss dieser Furcht, aber sie trägt sicher alle Charaktere des Curiosums und nicht die einer Operation der Zukunft. Vortragender hatte bei 62 vaginalen Exstirpationen 27 Recidive in den ersten beiden Jahren, darunter waren 3 evidente Impfrecidive, alle anderen aber betrafen „unreine" Fälle, die auch als solche nach geschehener Operation erkannt werden konnten. Fast ohne Ausnahme trat das Recidiv da auf, wo man es nach dem Operations- und Präparatbefund erwarten musste.

Redner schildert dann seine Operationsprincipien. Er operirt stets dann, wenn der Uterus noch mobil und nicht durch ausgedehnte Infiltrationen der Parametrien fixirt ist. Unter 10500 gynäkologischen Kranken hatte er 226 Carcinomatöse, also nur 2 pCt. 11 pCt. davon waren Corpuscarcinome. 80 Fälle waren operabel = 35 pCt. Davon mussten dann 34 als „unrein" bezeichnet werden = 42,5 pCt. 71 von den 80 Kranken liessen sich operiren; bei 9 wurde die Schroeder'sche Amputation, bei 62 die Totalexstirpation ausgeführt. Von den Totalexstirpationen ging nur eine 61jährige sehr fette Kranke, bei welcher gleichzeitig wegen Blutung aus den hoch fixirten rechten Adnexen laparotomirt wurde, 11 Stunden post operationem im Shock zu Grunde, also Mortalität = 1,6 pCt. Zwei waren gravid, bei der einen wurde der Uterus intakt, bei der anderen (5. Monat) nach Spaltung und Entleerung entfernt.

Von den 62 Totalexstirpationen waren 30 (= 48 pCt.) „unreine" Fälle; von diesen gingen jener erwähnte und 6 Monate post operationem am Embolie eine Kranke zu Grunde, bevor ein Recidiv nachzuweisen war. Von den übrigbleibenden recidivirten 16 im ersten, 4 im zweiten Jahre, sodass also in 71 pCt. der als unrein erkannten Fälle das Recidiv binnen zwei Jahren eintrat. Im 3. Jahre recidivirten noch 3 Kranke, eine im 4. Jahre: alle noch in demjenigen Parametrium, das nach dem Befund als gefährdet angesehen worden war. Die 4 übrig bleibenden sind seit — beziehungsweise — 3, $2^1/_2$, 2 Jahren, 5 Monaten gesund.

Von den 32 „reinen" Fällen sind bei 10 noch keine 2 Jahre verstrichen; sie mögen ausser Betracht bleiben. Die übrigen 22 Operirten weisen nur 2 Recidive innerhalb 2 Jahren auf, die eine an der linken Tibia, die andere am linken aufsteigenden Schambeinast. 7 Kranke bekamen Spätrecidive. 3 starben recidivfrei an Tuberkulose. Völlig gesund und recidivfrei sind also nur 10 Kranke, deren Operation 2 Jahre 2 Monate bis zu acht Jahren zurückliegt.

In den 9 Fällen von Schroeder'scher Amputation handelte es sich um ganz initiale Fälle von Portiocarcinomen, sämmtliche mit besonderen, die Totalexstirpation contraindicirenden Complicationen; einmal vorherige Erkrankung an Lungen-Embolie, 2mal frische Parametritiden, 3 mal ausgedehnte Verwachsungen des Uterus und der Adnexe, 1 mal hohes Alter und Emphysem, 1 mal Tuberkulose, und endlich einmal wurde die Operation gewählt, um einen funktionsfähigen Uterus zu erhalten; leider ging diese Patientin an Sublimatvergiftung zu Grunde. Ein sicheres Recidiv kam nach diesen Amputationen überhaupt bis jetzt nicht vor; zweimal folgte allerdings Carcinose, jedoch mit grosser Wahrscheinlichkeit als neue Erkrankung, nicht als Recidiv.

Wenn man zur Bestimmung des definitiven Resultats den Zeitraum von 5 Jahren p. op. zu Grunde legt, so kommen dafür 20 Kranke in Betracht, 10 „unreine", 10 „reine" Fälle. 5 davon blieben länger als 5 Jahre geheilt = 25 pCt. der Gesammtzahl, = 50 pCt. der „reinen" Fälle. Eine davon erkrankte allerdings noch im 6. Jahre; der Charakter als Recidiv ist aber zweifelhaft.

Dass die grosse Mehrzahl zu spät in die Hände des Gynäkologen kommt, liegt zu einem kleinen Theil an Unterlassungssünden des erstbehandelnden Arztes, die bei Vortragendem in 8 pCt. der Fälle zu constatiren waren, zu einem grösseren Theil an der Schuld der medicinirenden Hebammen, besonders auf dem Lande, zum grössten Theil aber an der Unwissenheit und Nachlässigkeit der Kranken selbst.

IV. Fehling-Halle: **„Ueber Schwangerschaft und Geburt bei Collumcarcinom."**

Das Carcinom bei Gravidität wird jetzt häufiger entdeckt als früher, weil sich die Frauen leichter zur Untersuchung entschliessen und die Untersuchungen sorgfältiger geworden sind. Die Diagnose der gleichzeitigen Schwangerschaft ist oft schwieriger als die Diagnose des Carcinoms selbst. Die Prognose ist nicht schlecht, Olshausen sah unter 9 Fällen 4 Heilungen. Bei Operabilität entfällt natürlich jede Rücksicht auf das Kind. Die Operation ist während der Schwangerschaft leichter als ausserhalb derselben, in Folge der serösen Durchtränkung der Gewebe. Ist der Uterus zunächst zu gross zur vaginalen Exstirpation, so wird man nicht den künstlichen Abort (Olshausen) oder die künstliche Frühgeburt (Theilhaber) einleiten, sondern man wird den Uterus durch Anstechen verkleinern, oder nach medianer Durchschneidung ausräumen. Bei sehr grossem und lebensfähigem Kinde wird man die Sectio caesarea machen. Die Freund'sche Totalexstirpation scheint keine guten Resultate zu geben; es ist besser den Portiorest nachträglich von der Scheide aus zu entfernen. Vieles Untersuchen und besonders Auskratzen vor der Operation sind zu unterlassen.

Trifft man erst während der Geburt auf die Complication mit Carcinom und ist die Sectio caesarea nicht mehr thunlich, so muss nach der Entbindung die Totalexstirpation gemacht werden, sofern der Fall operabel ist. Bei Inoperabilität gründliche Auslöffelung, seitliche Cervix-Incisionen und Zange, jedoch erst wenn das Collum für die Durchbringung des Kopfes weit genug ist: bei Wendung besteht die Gefahr der Uterusruptur. Bei todtem Kinde Perforation. Lebt das Kind, so kann auch der Porro in Frage kommen mit extraperitonealer Stielversorgung, wodurch die Gefahr der Infektion möglichst verringert wird.

In der Diskussion zu den Vorträgen von Thorn und Fehling bemerkt

v. Herff-Halle, er habe schon vor einem Jahre darauf hingewiesen, dass eine Carcinom-Impfung nicht bewiesen sei. Aufpfropfbar sei das Carcinom allerdings, aber das sei etwas ganz anderes und nach Redners Erfahrungen sehr selten. Wenn einmal die Lymphgefässe des Uterus und Vaginalgewölbes durch Carcinom verschlossen oder durch Operation in Wegfall gekommen sind, so schlage der Lymphstrom andere Wege ein, und besonders gefährdet sei dann der Urethralwulst. Manche „Recidive" aber seien zweifellos Neuerkrankungen. Im Übrigen tritt Redner für die Totalexstirpation als Palliativ-Operation warm ein.

J. Veit-Leiden, fürchtet, dass man durch die Trennung in „reine" und „unreine" Fälle in den Verdacht der Schönfärberei komme. An Impfrecidive glaubt auch er nicht eher, ehe nicht auch an den Händen der Operateure Impfrecidive vorgekommen sind.

Kugelmann-Hannover, erwähnt einen Fall, bei welchem wegen Blutungen 3 mal Ausbrennung gemacht, dann noch von Olshausen die Totalexstirpation vorgenommen wurde, wobei sich breite Verwachsung zwischen Collum und Blase fand. Die Frau ist dauernd recidivfrei geblieben.

Herr Sänger hält ebenfalls die Annahme einer Infection, richtiger Inoculation, Implantation in dem Umfang, wie Winter sie hinstellte, zur Erklärung der Carcinomrecidive für mindestens unnöthig; fast alle Recidive entständen aus sitzen gebliebenen Resten (Localrecidive) oder aus auf dem Lymphwege weiter verstreuten Heerden (Infectionsrecidive nach Thiersch). Das Vorkommen von Implantationsmetastasen, selbst von gutartigen Geschwulsten, ist wohl absolut sicher gestellt, aber doch nur ein seltener Vorgang. — Er habe sich nicht gescheut, auch bei Carcinoma uteri die Doyen'sche Medianspaltung vor der Hysterectomie anzuwenden. Seine verhältnismässig günstigen Dauererfolge, welche er auch darauf bezieht, dass die Klammern weiter nach aussen angelegt werden können wie Ligaturen, bewiesen, dass Implantationen hier nicht zu fürchten seien. — Für Fälle von wirklich „unreinen Carcinomen", wo man sichtlich nicht mehr im Gesunden operiren könne, ferner für die flachen ulcerösen Cervixcarcinome alter Frauen mit enger,

rigider Scheide bringt er seine Thermokauterectomia fornicis et cervicis in Erinnerung, welche ihm auch eine Anzahl Dauerheilungen geliefert habe.

W. A. Freund-Strassburg, kann nicht zugeben, dass eine einigermassen zuverlässige Vorhersage betreffs des Recidivs möglich sei.

Thorn: Die Scheidung in reine und unreine Fälle sei selbstverständlich nur bis zu einem gewissen Grade möglich, aber doch praktisch sehr verwerthbar. Es ist empfehlenswerth, die Scheidung vorzunehmen, um endlich die immer wieder auftauchenden Zweifel an der endgültigen Heilbarkeit des Carcinoms mehr als bisher aus der Welt zu schaffen.

V. Sänger-Leipzig: **Ueber Hämorrhoiden-Operationen und ein einfaches Verfahren den unteren Mastdarm zugängig zu machen.**

Die kleine Chirurgie des Mastdarms gehört mit zur Domäne der Gynäkologie, welche sich hier am häufigsten mit den Hämorrhoiden zu befassen hat. Obwohl die Frauen, namentlich in jüngeren Jahren, schon durch den Einfluss der Schwangerschaft, der noch immer riesig verbreiteten Obstipatio artificialis, der Lebensweise etc. entschieden öfter damit behaftet werden, kommen schwere Hämorrhoidalblutungen, welche zu einer Operation ad hoc nöthigen, doch seltener vor, als beim Manne. Hier scheint der ablenkende Einfluss der Menstruation eine Rolle zu spielen. Am häufigsten handelt es sich um gelegentliche operative Beseitigung der Hämorrhoiden im Anschluss an andere Operationen am Sexualorgan. Meist gilt es da nur äussere und intermediäre Knoten wegzunehmen, welche letztere sich übrigens von den inneren Knoten nicht scharf scheiden lassen.

Unter den Vorbereitungen ist wichtig, dass der Enddarm völlig leer von Stuhlmassen sei. Zeigen sich solche noch unmittelbar vor der Operation, so müssen sie unverdrossen herausmassirt und gespült werden. — Forcirte Dehnung des Sphincter ani nach 4 Richtungen ist unerlässlicher Voract. Darnach lässt sich der Mastdarm ebenso leicht ausseifen, wie die Scheide. Zur chemischen Desinfection eignet sich sehr gut Alcohol. Sublimat ist verpönt. Die Dehnung allein mag hinreichen bei mässiger, mehr diffuser Ectasie der Endvenen, bei kleinen Knoten, namentlich wenn zugleich Fissuren entstehen.

Unter den eigentlichen Hämorrhoiden-Operationen hat unstreitig die weiteste Verbreitung das Cauterisationsverfahren von Langenbeck. In richtiger, technischer Ausführung ist dasselbe entschieden gefahrlos und führt sicher zur Heilung. Ich habe dasselbe in einer grossen Anzahl von Fällen ausgeübt, ohne ernsteren Zwischenfall. Ein spindeliges Hämatom des Septum recto-vaginale von Hühnereigrösse in einem Falle wurde spurlos resorbirt. Stenosen sah ich nie, da sich zwischen den einzelnen Brandstellen stets Brücken Gewebes stehen liess. (Vor dem blossen Ansengen der Knoten durch den Paquelin ist ernstlich zu warnen. Es ist mir der Fall eines kräftigen Mannes bekannt, der im Anschluss daran, offenbar wegen Bildung eines lockeren Blutgerinnsels, eine Lungenembolie bekam.) Es haben sich aber doch auch Nachtheile des Verfahrens ergeben, die mich schliesslich veranlassten es ganz aufzugeben. Nach Abnahme der Flügelzange waren relativ oft noch Umstechungen nöthig. MässigesNachsickern von Blut ist ganz gewöhnlich, eine absolute Hämostase nicht gewährleistet. Stellt sich, wie nicht selten, Oedem ein, so hält die Schmerzhaftigkeit trotz vorausgeschickter Dehnung des Sphincter ani tagelang an. Die ersten Stuhlgänge sind meist sehr schmerzhaft. Ja die Schmerzhaftigkeit der Defäcation besteht in einzelnen Fällen bis zur völligen Heilung der Brandwunden, die bis zu 8 Wochen betragen kann, an. Ebenso lange Zeit, ja noch länger kann es bei der Defäcation noch zu Blutungen kommen u. a. m. So ist es mir mehrfach vorgekommen, dass die Operierten an ihre Heilung nicht glauben wollten, ihren Zustand schlimmer fanden, als vorher, bis schliesslich freilich alles gut wurde.

Die Langenbeck'sche Methode entstammt der vorantiseptischen Zeit. Heute wissen wir, dass blutige Wunden im Mastdarm und am Anus ebenso aseptisch heilen können wie anderwärts. Wir brauchen daher auch nicht länger Scheu zu haben, die Hämorrhoiden auf blutigem Wege zu

beseitigen, zumal uns auch bessere Methoden der Blutstillung zu Gebote stehen. Voraussetzung ist nur, dass die Knoten selbst „aseptisch" d. h. nicht entzündet, nicht gangränös sind.

So übe ich denn bereits seit längerer Zeit an Stelle der Langenbeck'schen Methode zwei blutige Verfahren: 1. Die einfache Abtragung mit folgender Wundnaht und 2. Die Abtragung mit Parthienligatur oder Parthiennaht (ev. unter künstlicher Blutleere durch temporäre Abklemmung). Für das erstere Verfahren eignen sich die derben, fibrösen äusseren, sowie die nicht allzu succulenten intermediären Knoten. Sie werden mit Messer oder Scheere einfach abgeschnitten, doch so, dass die nachherige Vernähung der analen Schleimhaut und äusseren Haut vollständig und ohne Spannung vorgenommen werden kann. Die venöse Blutung hört meist bald auf, kleinere Arterien ziehen sich zurück. Blutet es stärker, zieht man die betreffenden Gefässe mit spitzer Koeberlé-Pincette vor und unterbindet sie mit feinster Seide. Dann Knopf- oder Matratzennaht ebenfalls mit feiner Seide (No. 2). Fäden kurz abgeschnitten.

Das zweite Verfahren kommt für die intermediären und inneren Knoten in Betracht. Sie werden in einzelnen Packeten, unter Schonung dazwischenliegender Streifen wie bei der Langenbeck'schen Methode, mittels breiter Koeberlé-Pincetten vorgezogen. Dann werden entweder gleich nahe ihrer Basis Parthienligaturen mit feiner Seite durchgelegt oder der Knoten wird noch durch eine längere Klemmpincette (S. Lafourcade) quergefasst und davor abgeschnitten, worauf die Parthienligaturen gelegt werden. Vor deren Knotung wird die blutstillende Klemme abgenommen. Reicht das Material, so kann die Schleimhaut über den Parthienligaturen noch durch feine Nähte vereinigt werden. Nöthig ist es nicht. Dies lehrte uns schon die Erfahrung aus früherer Zeit der Anwendung necrotisirender Massenligaturen.

Hat man es mit richtigen derben rundlichen Knoten zu thun, deren Bedeckung verschieblich ist, so kann man jene durch eine Art Enucleation entfernen. Dieses Verfahren habe ich in England mehrfach gesehen. Complicirtere Methoden mit ausgedehnten Losschälungen, Lappenbildungen und Resectionen der Mastdarmschleimhaut (Whitehead, Quénu u. A.) sind höchstens unter besonderen Verhältnissen z. B. Mitentfernung von Geschwülsten, Prolapsus recti anzuwenden. Die provisorische quere Abklemmung wird auch von Lafourcade (Archiv. provinc. de Chir. 1897. 5) empfohlen. Doch legt er dahinter keine Parthienligaturen, sondern Nähte, die nach Abnahme der Klemmen über die Wunde weg geknotet werden. Diese Methode wäre die vollkommnere, wenn nur diese Nähte nicht, wenigstens zum Theil, längs anstatt quer zu den Gefässen verlaufen müssten. Darum ist die Parthienligatur für die Hämostase sicherer. Vielleicht ist es aber bei der Lafourcade'schen Methode möglich, die Klemme so anzulegen, dass die Nähte annähernd rechtwinklig die Gefässe verschliessen können. Auch könnte man nach Abnahme der Klemme noch Einzelunterbindungen vornehmen.

Ein Darmrohr lege ich nie ein. Flüssige Diät, 8 Tage lang, dann Oleum Ricini! Opium nur die ersten drei Tage, und in geringen Dosen! Die Heilung nach diesen einfachen blutigen Verfahren vollzieht sich etwa binnen einer Woche. Die späteren Defäcationen sind schmerzlos und nicht von Blutungen begleitet. Die leicht erreichbaren Seidenfäden nimmt man nach etwa 10—12 Tagen weg, auch früher schon; um die inneren kümmert man sich nicht, oder man sieht sich in etlichen Wochen nach ihnen um, um sie zu entfernen, wenn sie dann — noch da sind. —

Das Verfahren der Zugänglichmachung des unteren Mastdarms besteht in künstlicher Ectropionirung des letzteren unter gleichzeitiger allseitiger Spreizung des Anus. Bei maximaler Steiss-Rückenlage der Frau, wobei an sich schon eine gewisse Insufficienz des Sphincter sich geltend macht, wird mit Zeige- und Mittelfinger der einen Hand von der Scheide aus durch Druck auf das Septum rectovaginale in Richtung gegen den After die vordere und seitliche Mastdarmwand zum Anus herausgestülpt, während gleichzeitig die 5 Finger der anderen Hand den After nach allen Richtungen auseinanderziehen, wobei der Zug auch in gewisser Richtung

einseitig ausgeübt werden kann. Durch dieses übrigens schmerzlose Verfahren wird es möglich, den ganzen inneren Analrand, auf 4—5 cm Höhe die vordere, etwas weniger hoch die seitliche und hintere Mastdarmwand zu übersehen und die gewöhnlichsten hier vorkommenden Krankheitszustände: Hämorrhoiden, Fissuren, Fisteln, Polypen, eigentliche Schleimhauterkrankungen etc. zu erkennen. Sodann lässt sich das Verfahren auch, therapeutisch verwerthen zur Dehnung des Sphincter ani ohne Narkose zu Aetzungen, Spaltungen, Ausschneidungen, Nähten etc., wobei die beiden Griffe von einem Assistenten gemacht werden. Vorherige Einführung einer mit 10- bis 20-procentigen Cocaïnlösung (je nach der Natur des Eingriffs) getränkten Wattewieke ist als Localanästhesie ausreichend.

Will man mit Lapis ätzen, darf man aber, laut Angabe von Saalfeld, nicht Cocaïn. mueriat. wählen, da dann ein Niederschlag von Chlorsilber entsteht, sondern Cocaïn. nitricum.

Die künstliche Eversion des Mastdarms von der Scheide her ist, wie ich in Königs's Lehrbuch finde, zuerst von Storer, dem bekannten Vorläufer Porro's, angegeben worden. Ob Storer auch schon den beschriebenen zweiten äusseren Handgriff geübt hat, weiss ich nicht, jedenfalls wird erst durch ihn das Verfahren weit ausgiebiger und practisch verwendbar.

(Eigenbericht.)

J. Veit-Leiden: **Ueber Laparotomiefisteln.**

Vortragender bespricht kurz die verschiedenen unangenehmen Folgezustände nach Laparotomieen, so die Ausfallserscheinungen nach Castration, die Adhäsionen und die Bauchfisteln, die nach nicht aseptischen Operationen auftreten, die Darmscheidenfisteln nach vaginalen Bauchoperationen, die aber meist von selbst sich wieder schliessen. Vortragender hat gelegentlich wegen Adhäsionen oder wegen zurückgebliebener Ovarialreste erneute Laparotomieen vorgenommen. Endlich berichtet Vortragender über zwei Fälle von Bauchfisteln. In dem einen Falle, ursprünglich eine Tubentuberkulose, vermuthete man Tuberkulose als Ursache, im anderen Falle dachte man an zurückgebliebene Fäden; aber beide Eiterungen erwiesen sich als nicht spezifisch. Nach vergeblichen Versuchen, durch Erweiterungen, Ausspülungen etc. die Fisteln zu heilen, kam man in dem einen Falle schliesslich durch Uterusexstirpationen und Drainage nach der Scheide, in dem anderen Falle durch Laparotomie und Herauspräpariren des ganzen Eiterganges zum Ziele.

2. Sitzung. Dienstag, den 21. Sept., Vormittags.

Gemeinsame Sitzung mit den Abtheilungen für Zoologie und für Anatomie.

Thema: **„Die Placenta und ihre Eihüllen."**

Vorsitzender: Herr P. Müller-Bern.

I. v. Herff-Halle: **Einleitendes Referat.**

Der Bau der Placenta in seiner erstaunlichen Einfachheit und Klarheit wurde zuerst von John Hunter richtig beschrieben. Mackenzie, Assistent des grossen Geburtshelfers Smellie, injicirte im Jahre 1754 einen schwangeren Uterus vom Ende der Gravidität von den Arterien und Venen aus. Er konnte sich nicht zurechtfinden und wandte sich daher an John Hunter, und dieser, wahrscheinlich unterstützt von seinem Bruder, dem grossen William Hunter, erkannte dann, wie die Uteroplacentararterien korkzieherartig gewunden und ohne Seitenverästelung durch die Decidua ziehen, um sich in den grossen Blutraum zu öffnen, während die Venen im schrägen Verlauf durch die Decidua das Blut wieder abführen. Er sah auch, dass keinerlei offene Verbindung zwischen mütterlichem und foetalem Kreislauf vorhanden ist. Mit klaren Worten sagt er, dass die foetalen Chorionzotten frei in das mütterliche Blut tauchen. So fand er es beim Menschen, nicht jedoch bei allen Thierarten, deren Placenten er untersuchte. Auch

wurde es ihm klar, dass durch die kolossale Erweiterung des Strombetts beim Uebergang von den Uteroplacentararterien in den grossen Blutraum eine enorme Verlangsamung der Blutbewegung eintreten müsse und er forschte und erkannte zum Theil die besonderen mechanischen Regulationsvorrichtungen, die einer die Frucht gefährdenden Stase vorbeugen. Seine Entdeckungen fanden keine Anerkennung und gingen für die Wissenschaft verloren. Von Neuem wies Holst im Jahre 1853 den Bau der Placenta richtig nach. Aber erst Waldeyer war es, der endlich das von jenen Forschern schon erkannte Princip des Baues der Placenta zur allgemeinen Anerkennung brachte. Hundert Jahre und die Anstrengungen der vorzüglichsten Forscher sind dazu nöthig gewesen. Seitdem sind unsere Kenntnisse bezüglich der feineren Einzelheiten vielfach vermehrt, aber Wesentliches ist seit Hunter's Zeiten nicht mehr hinzugekommen. Von Bedeutung betreffs der Blutbewegung erscheint nur die Entdeckung Leopold's, dass die Uteroplacentararterien bis zur Chorionplatte vordringen und sich hier auch öffnen können.

So gesichert jetzt unsere Kenntnisse über den fertigen Bau der Placenta sind, so sehr befinden wir uns im Dunkel über die Entstehung des Zwischenzottenraumes. Wir wissen nichts Sicheres über die Zeit seiner Entstehung, die nach Leopold jedenfalls sehr früh zu setzen ist. Bildet sich beim Menschen ein Trophoblast, wie es mir wahrscheinlich erscheint, oder öffnen sich die Uteroplacentargefässe unter dem Blutdrucke, oder ergiessen sie ihr Blut zunächst in Drüsenhohlräume als sogenannte „Gefässdrüsenbahnen" Gottschalk's? Alles dies harrt noch der Beantwortung.

Die Physiologie lehrt uns, dass viele Stoffe von der Mutter auf das Kind durch die Placentarscheidewand dringen. Die Erklärung für den Uebergang gelöster Stoffe, der Salze, Zuckerarten, Gase bietet keinerlei Schwierigkeiten, da sie wohl den osmotischen Gesetzen unterliegen. Die Frucht braucht aber Eiweiss, sogar viel Eiweiss, da sie ihr Fett daraus abspalten muss. Bei dem geringen osmotischen Druck des Eiweisses kommt man mit rein physikalischen Gesetzen nicht aus. Der Uebergang des Eiweisses muss durch eine Lebensthätigkeit der Gewebe etwa durch Peptonisirung bewerkstelligt werden.

Mustern wir die Gewebe der Placenta, die solches leisten könnten, so können wir nur dem protoplasmatischen Zottenmantel, dem Syncytium, solche Eigenschaften zuerkennen.

Ausserdem wissen wir, dass dieses eigenthümliche Gewebe gelegentlich höchst bösartige Neubildungen erzeugen kann. Kurz, sowohl in physiologischer wie in pathologischer Beziehung hat das Syncytium für uns grosse Schwierigkeiten. Daher müssen wir wissen, woher das Syncytium stammt, ob es verändertes mütterliches Epithel oder Endothel oder bindegewebiger Natur ist, oder ob es rein foetalen Ursprungs ist. Entscheiden lassen sich diese für uns Geburtshelfer wichtigen Fragen nur zusammen mit der Lösung der Frage nach der Ei-Einnistung und nach der Bildung der Reflexa. Beim Menschen hat man diese Vorgänge noch nicht beobachtet, wir haben nur Vermuthungen, wie sich dies abspielen mag. Wir sind daher gezwungen, uns nach analogen Vorgängen in der Thierwelt umzusehen. Wir müssen unser Wissen durch die Erfahrungen und Beobachtungen der Zoologen und Anatomen ergänzen, und darin sieht Vortragender den wesentlichen Nutzen solcher Zusammenkünfte wie der heutigen. Den Zoologen und Anatomen unterbreiten wir daher unsere Wünsche nach Aufklärung über die Bildung des Zwischenzottenraumes, über die Art und Weise der Einbettung des Eies und damit zusammenhängend über die Entstehung der Reflexa und die Herkunft des Syncytiums.

II. Strahl-Giessen: **„Ueber die Placenta der Raubthiere."**

Die Anschauungen der Autoren über den Aufbau der Raubthierplacenta gehen noch weit auseinander, indem nach Duval die ganze Placenta mit Ausnahme der mütterlichen Gefässe aus foetalem Gewebe, hauptsächlich aus Ektoderm sich bildet, nach Vortragendem dagegen annähernd gleichmässig aus foetalen und mütterlichen Theilen sich zusammensetzt. Jedenfalls wird die Epithellage, die mütterliche und foetale Gefässe von einander trennt,

vom Ektoderm und dem zum Syncytium umgewandelten Uterusepithel gebildet. Als Stütze dieser Annahme führt Vortragender seine früheren Untersuchungen über die Placenta des Hundes und der Katze, sowie neuere Untersuchungen über die Placenta des Frettchens an.

Also in der Raubthierplacenta bildet sich das Syncytium aus Uterusepithel. Ein intervillöser Raum, wie in der menschlichen Placenta, ist überhaupt nicht vorhanden, sondern das mütterliche Blut circulirt in einzelnen getrennten Gefässstämmen.

III. Kossmann-Berlin: **„Die Placenta der Nagethiere und das Carcinoma syncytiale."**

Vortragender hat alte nicht publicirte Untersuchungen über die Kaninchen-Placenta wieder aufgenommen, um daraus für die als „Deciduoma malignum" oder von ihm selbst als „Carcinoma syncytiale" bezeichnete eigenthümliche Neubildung ein besseres Verständniss zu gewinnen.

Am 7. Tage nach der Begattung hat das Kaninchen-Ei sich soweit entwickelt, dass die Membrana pellucida geschwunden ist, und die Eihüllen sich dem Uterusepithel unmittelbar anlegen. Dieses Uterusepithel hat inzwischen eine beträchtliche Veränderung durchgemacht. Es hat sowohl ein sehr erhebliches Oberflächenwachsthum stattgefunden, das zur Bildung massenhafter drüsenartiger Aus- und Einstülpungen führt, als auch ein allmählicher Schwund der Zellmembramen, durch den sich das einschichtige Cylinderepithel in ein sogenanntes Syncytium umwandelt. Mit dem Schwunde der Zellgrenzen geht in diesem Syncytium eine Vermehrung der Kerne durch direkte Theilung (ohne Mitosen), eine fettige Degeneration im Protoplasma (Durchsetzung mit zahllosen feinsten Fetttröpfchen) sowie endlich die Bildung grösserer und kleinerer Vacuolen vor sich. Diese Umwandlung des Epithels ist am stärksten an den der Keimblase zunächst liegenden Stellen. In den äussersten Tiefen der drüsenähnlichen Einstülpungen findet man um diese Zeit (7., 8., 9. Schwangerschaftstag) noch deutlich einschichtiges Cylinderepithel, dazwischen alle Uebergänge. — Durch die innige Anlegung der Keimblase an das Syncytium wird das letztere an der Oberfläche flachgedrückt, während es in den Tiefen der Einstülpungen sich immer massenhafter entwickelt.

Am 8. Tage beginnt nun gleichzeitig auch eine Verdickung des Ectoblasts der Keimblase, am frühesten — beim Kaninchen — an der das Schwanzende des Embryons umwölbenden Keimblasenpartie. Das Ectoblast wird mehrschichtig. Es beginnt sodann sich zu runzeln, so dass sich hier und da kleine warzenartige Vorsprünge in die plastische Masse des Syncytiums vorschieben.

Um diese Zeit (8.—9. Tag) erreicht die Allantois die Keimblasenwand und führt ihr die foetalen Blutgefässe zu. Die Capillarschlingen der Allantois drängen nunmehr die Keimblasenwand vor sich her in die Uterusschleimhaut hinaus. Dabei kann die Zellvermehrung im Ectoblast nicht gleichen Schritt halten; es wird wie ein Gummifinger gedehnt und ist schon gegen Ende des 10. Schwangerschaftstages fast überall wieder einschichtig. Es gehört dann bald eine gewisse Aufmerksamkeit dazu, seine Kerne oder gar die Zellgrenzen hier und da zu erkennen. In den späteren Schwangerschaftsstadien ist es sehr schwierig zu entscheiden, ob das Ectoblast überhaupt noch existirt. Vortragender neigt zu der Meinung, dass es, und zwar auch beim Menschen, wo es Langhans'sche Zellschicht genannt wird, bis zuletzt vorhanden ist.

Indem die Zotten des Chorion in dieser Weise vordrängen, stülpen sie das ihnen entgegenwuchernde Syncytium derart um, dass sie ganz davon überzogen bleiben. Innerhalb des Syncytiums bleiben die Hohlräume vorhanden, die theils die alten Drüsenlumina, theils zusammengeflossene Vacuolen sein können.

Das Syncytium also entsteht aus dem mütterlichen Epithel, wie das zuerst der Franzose Leulié, später Strahl, neuerdings Doorman angegeben haben. Die meisten Forscher aber haben sich von Duval irreführen lassen,

nach dem zwar auch das Uterusepithel sich in eine plasmodiale Schicht verwandelt, dann aber resorbirt wird, während sich inzwischen eine besondere Schicht des Ectoderms in Syncytium verwandelte.

Schon während der zuletzt geschilderten Vorgänge geht auch mit den Capillaren der Uterusschleimhaut eine eigenthümliche Veränderung vor sich; indem sie stark wachsen, zum Theil sich zu grossen Lakunen erweitern, häufen sich an ihrem Endothel allmählich die Zellen des retikulären Bindegewebes in der Art einer Adventitia an und verlieren ihre sternförmige Gestalt, sodass das Gefäss von einer immer dicker werdenden Schicht mehrkerniger Zellen epithelähnlichen Aussehens umhüllt wird. Schliesslich stossen die oberflächlichen Schichten der verschiedenen Gefässscheiden zusammen, und das retikuläre Bindegewebe wird dadurch verdrängt, bezw. in seiner Gesammtheit umgewandelt. Dies ist die Entstehung der Decidua, des Decidualgewebes.

Endlich verlieren diejenigen Capillaren, die zwischen den Chorionzotten liegen, ihr Endothel, und es entsteht auf diese Weise eine offene Communikation zwischen den mütterlichen Blutgefässen und den Lakunen des Syncytiums selbst. So entsteht der Zwischenzottenraum.

Alle diese Bildungen finden sich beim Menschen in ihren wesentlichen Theilen wieder.

Nun beschäftigt die Gynäkologen und pathologischen Anatomen seit dem Jahre 1888 sehr lebhaft eine maligne Neubildung des puerperalen Uterus, gleich ausgezeichnet durch ihren eigenthümlichen klinischen Verlauf und durch ihr mikroskopisches Aussehen. Sänger beschrieb den ersten derartigen Tumor als ein aus Deciduazellen entstandenes Sarkom. Später fand man puerperale Neubildungen, auf die Sänger's Beschreibung nicht recht passen wollte. Vortragender hat sowohl Schnitte aus dem ersten Tumor Sänger's, als aus zahlreichen anderen Tumoren selbst untersucht und muss erklären, dass jener Tumor Sänger's wirklich ein Sarkom, eine grosse Anzahl anderer aber Carcinome waren.

Diese Carcinome bestehen nun zu einem grossen Theile, auch in den Metastasen, aus zweifellosem Syncytium. Wäre also das Syncytium ein Abkömmling des Ectoderms der Keimblase, so hätten wir es mit der unerhörten Erscheinung zu thun, dass ein Carcinom des Foetus, anstatt nach innen in dessen Organismus hineinzuwuchern, nach aussen in die Gewebe der Mutter hineinwüchse. Da aber, wie Vortragender es für feststehend hält, das Syncytium nichts als das umgewandelte Uterusepithel ist, so haben wir es lediglich mit einem gewöhnlichen Carcinom des Uterus zu thun, in welchem die Gewebselemente genau dieselben Umwandlungen erfahren haben, denen sie auch sonst im puerperalen Uterus unterliegen.

Allerdings complicirt sich die Frage durch die Thatsache, dass wir in den syncytialen Carcinomen zwischen den der Zellgrenze entbehrenden Massen auch grössere Herde finden, in denen ganz deutliche Zellgrenzen vorhanden sind. Man braucht sich aber nur des Bildes aus der Kaninchenplacenta zu erinnern, in der die tiefsten Stellen der Epitheleinstülpungen noch deutliche Zellgrenzen aufweisen, während die oberflächlichen in Syncytium verwandelt sind, um einzusehen, wie eine solche complexe Geschwulst entsteht. Zweifellos sind die deutlich abgegrenzten Zellmassen darin Abkömmlinge der noch nicht syncytial veränderten Uterusepithelien, und somit bleibt die Geschwulst lediglich ein Uteruscarcinom.

Dass die Geschwulstzellen ebenso wie die Langhans'sche Zellschicht glykogenhaltig sind, beweist garnichts, denn die Elemente eines jeden rasch wachsenden Carcinoms sind es ebenfalls. Dass das syncytiale Carcinom im Gegensatz zum gewöhnlichen Carcinom seine Metastasen auf dem Blutwege, nicht auf dem Lymphwege bildet, erklärt sich ebenfalls sehr natürlich: Die Blutbahnen sind im puerperalen Uterus ja eröffnet, alle Veränderungen am Syncytium spielen sich mitten im freien Blutstrome ab. Ebendarauf beruht es auch, dass wir zuweilen unzweifelhafte Zottenstückchen in den Metastasen finden. Nichts ist natürlicher, als dass bei der pathologischen Wucherung des Syncytiums solche Zottenstückchen abgeschnürt werden, und dass sie

dann aus den Blutlakunen der Placenta durch die im Puerperium so ausserordentlich erweiterten Venen weit fortgeführt werden. Da, wo sie stecken geblieben sind, wuchert das an ihnen haftende Syncytium als Metastase fort, während das Zottenstückchen als Fremdkörpereinschluss in der Metastase liegen bleibt.

Was endlich den Zusammenhang zwischen Blasenmole und syncytialem Carcinom betrifft, so geht die Meinung des Vortragenden dahin, dass nicht die Blasenmole, sondern das Carcinom das primäre ist; das Carcinom setzt die Fruchtblase unter abnorme Ernährungsverhältnisse und verursacht so ihre pathologische Entwicklung.

IV. Hubrecht-Utrecht: **„Ueber die Rolle des embryonalen Trophoblasts bei der Placentation."**

Duval, Hubrecht und viele neuere Untersucher haben festgestellt, dass das wuchernde Epiblast der Keimblase bei der Placentation verschiedener Säugethierordnungen eine sehr bedeutende Rolle spielt, so dass die Existenz einer Placenta materna, wie wir sie von den Wiederkäuern kennen, bei jenen Ordnungen förmlich geleugnet werden kann und die Placenta hier vielmehr zu betrachten ist nach dem Ausdruck von Duval als „eine von embryonalem Gewebe enkystirte mütterliche Hämorrhagie". Vortragender hat für dieses wuchernde embryonale Epiblast den Namen „Trophoblast" vorgeschlagen.

Die Untersuchung von Placenten von Affen, Halbaffen, Insektivoren verspricht mehr Aufklärung für die menschliche Placenta, als die Untersuchung anderer Säugethierordnungen. Namentlich haben Tarsius (Halbaffengattung) nnd Erinaceus (Igel) gezeigt, dass diese Voraussetzung das Richtige trifft. Ein besonderes Gewicht erhalten die Untersuchungen gerade dieser beiden Gattungen dadurch, dass der Igel und der dem Tarsius verwandte Anaptomorphus homunculus Cope schon im Eocaen vorkommen.

Bei Tarsius spietrum verhält sich Trophoblast und Uterusschleimhaut folgendermassen: Die Trophoblastwucherung localisirt sich auf diejenige Stelle der Keimblase, wo die Anheftung stattfinden wird. In der Wucherung finden sich zahlreiche Riesenzellen. Auch in der Mucosa tritt eine Wucherung auf. Nach der Verklebung fliesst mütterliches Blut in embryonale des Endothels entbehrende Trophoblast-Lakunen. In der reifen Placenta bildet das Trophoblast einen epithelialen Ueberzug der Chorionzotten.

Igel: Die Trophoplastwucherung betrifft die ganze Circumferenz der Keimblase und sieht dem Chorion frondosum der menschlichen Keimblase ähnlich. In der reifen Placenta ist embryonales und mütterliches Blut durch keine distinkte Epithellage getrennt. Das fortschreitende Dickenwachsthum der Placenta kommt ausschliesslich auf Rechnung von Trophoblast und Allantois-Zotten; diese hat man sich nicht als centrifugal vordringend, sondern vielmehr als centripetal ausgezogen zu denken.

Spitzmaus: hier findet eine mächtige Wucherung des Uterusepithels statt, mit welchem das Trophoblast verklebt. Die mütterliche Epithelwucherung wird allmählich verdünnt und ist in der reifen Placenta nur noch als eine äusserst dünne Gewebslage zu erkennen.

Maulwurf: Die Placenta ist trophoblastischer Herkunft. Beachtung verdient, dass sie nicht ausgestossen, sondern resorbirt wird.

Unter den Beutelthieren ist bei der Gattung Perameles durch Hill gezeigt worden, dass bei ihrer Placenta durch Verschmelzung wuchernden mütterlichen Epithels und embryonalen Trophoblasts eine unverkennbare allantoide Placenta zustande kommt. —

Zum Schluss spricht Vortragender die Hoffnung aus, dass die histologischen Verhältnisse der Placenten, wenn sie gründlicher gekannt sind, ein wichtiges Merkzeichen zur Feststellung der gegenseitigen Verwandtschaft der Säugethiere bieten, weil die Säugethierplacenta spät entstanden und gleichzeitig äusserst complicirt und wechselvoll gestaltet ist.

(Zahlreiche Demonstrationen mikroskopischer Präparate mittels Projektions-Apparats.)

V. Siegenbeck van Heukelom: **„Demonstration eines jungen menschlichen Eies."**

Die Embryonalanlage des Eies hat eine Keimscheibe von ca. 300 Mikra Länge; die Embryonalanlage ist schön erhalten.

Die Keimblase selbst hat zwei Schichten, eine Mesoblastschicht innen und eine zwei Zellen dicke äussere. Die innere Zellschicht hat Zellgrenzen, die äussere nicht. Die Zotten werden von der doppelten Schicht überall überzogen und setzen sich fort in Zellensäulen, die aus Ektoblast bestehen. Diese Zellsäulen fliessen peripher in eine einzige Ektoblastschicht zusammen und diese zu einer zusammenhängenden Ektoblastschale ausgebildete foetale Masse hängt auf das Innigste mit der mütterlichen Compacta zusammen. Oft kann die Grenze nicht genau angegeben werden. Die mütterlichen Capillaren münden, theils bekleidet mit Endothel, theils ohne solches, in die intervillösen Räume direkt ein. In den dicken Ektoblastschichten, die peripher liegen und dem Trophoblast Hubrecht's völlig analog sind, sieht man Lakunen, von mütterlichem Blut ausgefüllt. Diese Lakunen stehen entweder direkt mit den mütterlichen Capillaren oder auch mit Blutbahnen zwischen den mütterlichen Compactazellen in Verbindung.

Von Uterusepithel oder Drüsenepithel ist durchaus nichts zu finden.

Syncytium findet man überall auf der Keimblase und auf den Zotten, auch theilweise auf den Zellsäulen. Die am meisten peripher gelegenen Ektoblastmassen entbehren oft des Syncytiums. Dagegen findet man bei Formalin-Anwendung auch Riesenzellen frei im intervillösen Raume, sowie in den mütterlichen Gefässen bis in die Spongiosa, aber nie im eigentlichen Deciduagewebe.

Interessant ist noch der Befund einer Syncytialmasse innerhalb der (an einer Stelle ein wenig eingerissenen) Keimblase zwischen Ektoblast und Mesoblast. Reduer vermuthet danach, dass dem Syncytium eine Eigenbewegung zuzuschreiben ist.

Ueber die Herkunft des Syncytiums aber lässt dieses Präparat im Dunkeln.

VI. Peters-Wien: **„Demonstration eines sehr jungen menschlichen Eies."**

Dieses einer jugendlichen Selbstmörderin entstammende Ei, das schon auf dem Gynäkologen-Congress in Leipzig demonstrirt wurde, ist das jüngste bisher beschriebene. Die Uterusmucosa war durch Furchen in beetartig prominente Partieen getheilt, die bis zu 10 mm Durchmesser hatten. An der hintern Wand an der Ecke eines solchen Beetes sah man eine hanfkorngrosse lichter gefärbte Stelle, welche das Ei enthielt. Prof. Hochstedter fertigte die Serienschnitte davon an. Die Durchmesser des Eichens sind 1,6 mm, 0,8 mm, 0,9 mm. Das Alter des Eis muss man nach Massgabe des von Leopold beschriebenen Eies auf 2—3 Tage schätzen.

Das Ei ist besonders dadurch interessant, dass es noch nicht ganz und gar von einer Capsularis überzogen ist, sondern noch mit einem Pol frei in das Uteruslumen ragt. Gegen diesen Pol strebt die Decidua in einer dünnen Schicht von allen Seiten heran, das auf ihr befindliche Uterusepithel verflacht sich, indem die Zellen platt, ja stellenweise fast endothelartig werden. Auf dem Epithel selbst aber sitzt ein Pilz von Granulationsgewebe, zusammengesetzt aus Blutelementen und Fibrinfasern, aber auch Ausläufer der Langhans'schen Zellschicht, Syncytialmassen und auch Uterusepithelsäulen enthaltend, welch letztere auch kleine Verbindungsbrücken zwischen dem flachen Epithel der Capsularis und dem Pilzstiel umkleiden.

Dieser grösstentheils aus Blut gebildeten Granulationsmasse kommt augenscheinlich eine ernährende Wirkung zu, solange eben der Deciduamantel um das Ei noch nicht ganz geschlossen ist.

Dass aber eine Eiumhüllung von Uterusepithel gebildet werde, davon kann nach den Befunden an diesem Ei nicht die Rede sein; das Epithel scheint vielmehr an der Anlagerungsstelle selbst zu Grunde gegangen zu sein, sodass das Ektoderm unmittelbar auf die erweiterten und gewucherten

mütterlichen Capillaren zu liegen kommt. Die ektodermalen Zellsäulen scheinen dann in die Endothelrohre und Endothelräume hinein gewuchert zu sein und das Endothel zum Schwinden gebracht zu haben. Aus den eröffneten Bluträumen muss dann auch Blut auf die freie Oberfläche des Eies gelangt sein. Diese Bluträume sind die späteren intervillösen Räume, welche sich somit weit früher bilden, als Leopold aus seinem Eichen schliesst.

Das Syncytium ist nach meinen Befunden wohl sicher foetalen Ursprungs, und zwar entsteht es aus den Zellwucherungen der Langhans'schen Schicht, welche Umwandelung durch das mächtige Wuchern des letzteren so lange fortschreitet, bis endlich die Langhans'sche Zellschicht zu einer einfachen Lage kubischer Zellen an der Oberfläche der wuchernden Zotten reducirt ist und in späteren Stadien auch diese schwindet und zu Syncytium umgewandelt wird.

Das mütterliche Blut scheint eine aktivere Rolle bei der Bildung der Syncytiums zu spielen als man bisher annahm. Es wirkt nicht nur chemisch, sondern es scheint auch seine zelligen Elemente mit zum Aufbau des Syncytiums zu verwenden. Daher das Vorkommen von Syncitiumnestern in den Blutlakunen und andererseits das von Leucocytenkernen im Syncytium.

Bilder wie Merttens sie abbildet, von Umbildung des Drüsen- oder Uterusepithels in Syncytium sah Vortragender nirgends.

VII. L. Fraenkel-Breslau: **„Das Uterus- und Chorionepithel beim Menschen und einigen Säugern."**

Die immer noch offene Frage, ob das Chorionepithel vom Uterusepithel oder aus foetalen Elementen gebildet wird, lässt sich am menschlichen Ei nur dann lösen, wenn man ein Ei hat, das noch nicht vom mütterlichen Gewebe umschlossen ist, so dass auch keinerlei Zellstränge und Syncytium von der Mutter zum Ei oder umgekehrt ziehen. Diese Bedingung erfüllt auch das von Peters beschriebene Ei nicht. Man ist also gezwungen, auf die immerhin bedenkliche Brücke der vergleichenden Thieruntersuchungen zu treten. Hier ist man viel günstiger daran, weil viele Thiereier nicht von einer Decidua capsularis umschlossen sind, und man auch von den Thieren mit Reflexa sich Stadien leicht beschaffen kann, wo diese noch nicht völlig geschlossen ist. Vortragender hat zahlreiche Untersuchungen darauf gerichtet. Unter den Ungulaten (Hufsäugethiere) fand er beide Epithelien einschichtig, unverschmolzen einander gegenüberliegend beim Schwein, das Uterusepithel niedrig und theilweise in Verlust gerathend bei der Kuh, zum grössten Theil verloren gehend beim Schaf; das Chorionepithel ist bei allen diesen Thieren einschichtig, hochcylindrisch, nicht mit dem Uterusepithel verschmelzend. Bei den Raubthieren (Katze und Hund), bei den Nagern (Kaninchen, Eichhörnchen, Maus, Ratte, Meerschweinchen), beim Maulwurf fand Vortragender als durchgehendes Gesetz, dass das Uterusepithel zu Grunde geht. In allerfrühester Zeit legen sich beide Epithelien an einander; es mag ein Austausch irgend welcher Stoffe in dieser Zeit der Verklebung zu Stande kommen, eine histologische Verschmelzung zu einer einzigen Schicht kommt nicht zu Stande, sondern das Uterusepithel geht zu Grunde, das Chorionepithel bleibt bestehen.

Unter Syncytium muss man sich nicht ein Gewebe von bestimmter Herkunft vorstellen. Die verschiedensten epithelialen und Bindesubstanzgewebe haben Neigung, in der Schwangerschaft Syncytien zu bilden, indem das Protoplasma der einzelnen Gewebselemente verschmilzt, so das Uterusepithel, das embryonale Ektoderm, das Gefässendothel, die Deciduazellen.

In der Discussion zu diesen Vorträgen bemerkt

Strahl: Er glaube, dass sich nach den Ausführungen von Hubrecht bis zu einem gewissen Grade eine Verständigung der Autoren wird anbahnen lassen, da Hubrecht nicht mehr aufrecht erhält, dass überall bei der Placentarbildung das Uterusepithel zu Grunde geht. Mit den Ausführungen von Herrn Kossmann über die Kaninchenplacenta stimmt er überein.

Kossmann: Das Trophoblast, welches Herr Hubrecht, die „Ektoblastschale", welche Herr Heukelom, die blaue Schicht auf den schematischen Zeichnungen, welche Herr Peters demonstrirte, hält Redner nach wie vor

für aus Uterusepithel entstanden. Ein wirklicher Nachweis, dass es Ektoderm sei, ist nicht erbracht worden.

Nach weiteren Bemerkungen der Herrn Aschoff, Siegenbeck van Heukelom, Fraenkel berichtet noch

M. Schmidt (Strassburg), er habe bei einer ektopischen Schwangerschaft vom 6. Monat in der Uterusschleimhaut an einzelnen Drüsen ausgesprochene syncytiale Zustände des Epithels gefunden. Doch möchte er daraus nicht den Schluss ziehen, dass dies Syncytium identisch ist mit dem der Chorionzotten, da nach seinen Erfahrungen die verschiedenartigsten zelligen Elemente, vor Allem Endothelien und auch Muskelfasern während der Schwangerschaft Riesenzellen bilden können.

Die Diskussion über den rein gynäkologischen Theil dieses Themas, nämlich über die malignen syncytialen Neubildungen, wird auf Mittwoch Nachmittag festgesetzt, welche Sitzung daher am besten hier folgt:

4. Sitzung. Mittwoch, den 22. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Herr P. Mueller-Bern.

I. L. Pick: **„Ueber Blasenmole mit Demonstration."**

Vortragender theilt einen Fall aus Theodor Landau's Beobachtung mit. Bei einer 22jährigen Frau im 4. Monat der Gravidität fand sich Blasenmole und ausser ihr ein wallnussgrosser Tumor an der vorderen Scheidenwand nahe der Urethra, welcher aus typischen, zum Theil leicht blasigen Chorionzotten bestand; das Syncytium an der Zottenoberfläche befand sich in lebhafter Proliferation mit Bildung von dicken Strängen. Der Tumor wurde einfach abgelöst. Die Frau ist seit nunmehr 3½ Jahren gesund geblieben und befindet sich zur Zeit im 4. Monat einer normalen Schwangerschaft.

Danach also ist 1) eine gutartige Blasenmole im Stande Metastasen zu machen und kann 2) Neumann's Behauptung, dass wucherndes Syncytium im Zottenstroma Bösartigkeit anzeige und die Totalexstirpation erheische, nicht aufrecht erhalten werden.

II. Schmorl: **„Demonstration eines syncytialen Scheidentumors."**

Der Scheidentumor wurde 18 Wochen nach einer normalen Entbindung der 30jährigen Frau bemerkt; innerhalb eines halben Jahres erfolgte der Tod. Uterus und sämmtliche Adnexe sind frei von Geschwulstbildung, Metastasen fanden sich in Lunge, Leber, Nieren, Darm. Sowohl die Scheidengeschwulst als auch die Metastasen zeigten den typischen Bau der syncytialen Tumoren. Der Vortragende nimmt an, dass der Scheidentumor eine Metastase eines Placentatumors war, welch letzterer, ohne den Uterus zu inficiren, bei der Geburt vollständig ausgestossen worden sein muss.

Diskussion:

Fraenkel: Er finde in dem Schmorl'schen Falle eine Bestätigung der von ihm urgirten kindlichen Herkunft der Chorioncarcinome und des variabelen Charakters des sogenannten Syncytiums, in welches sich alle möglichen Gewebe unter Umständen verwandeln können. Denn entweder handelt es sich im Schmorl'schen Falle um einen primären Scheidentumor; dann können aber auch die Gewebe der Scheide in der Schwangerschaft syncytial werden, was durchaus möglich erscheint, oder es handelt sich in der Scheide um eine secundäre Einschwemmung, dann können nur Chorionzotten oder deren Epithel den Ausgang der Neubildung gebildet haben. Wäre mütterliches Epithel die Matrix der Geschwulst, dann wäre das vollständige Fehlen der Neubildung im Uterus, also die vollständige Ausstossung der Geschwulst viel unerhörter, als die Thatsache, dass eine von kindlichem Gewebe ausgehende Geschwulst im Uterus sich festsetzt.

J. Veit möchte seine schon früher geäusserte Ansicht, welche trotz aller neuen Arbeiten sich immer mehr bei ihm gefestigt hat, zum Ausdruck bringen, nämlich dass sowohl die Blasenmole, als die malignen Tumoren

des puerperalen Uterus auf primäre Erkrankungen des Endometriums zurückzuführen sind. Was die Blasenmole anbetrifft, so könne man, seitdem man durch Marchand erfahren, dass die Blasenmole kein Myxom, sondern eine regressive Metamorphose ist, unmöglich glauben, dass aus der Rückbildung eine Neubildung entstehe. Emanuel habe an einem Präparate Redners die Entstehung aus Endometritis nachgewiesen; warum sollten maligne Neubildungen nicht auch Gleiches bedingen können? Was aber die Deciduome anbetrifft, so sei ein Theil wirkliche Sarkome. In manchen Fällen wird man anzunehmen haben, dass die Gravidität eine präexistirende maligne Bildung zum schnellen Wachsthum gebracht hat. Vortragender sah zweimal aus Endometritiden langsam Carcinome entstehen; danach ist die Annahme, dass eine geringfügige maligne Veränderung erst durch die Gravidität verderblich werde, verständlich.

Kossmann: Auch er sei unbedingt der Meinung, dass die maligne oder nicht maligne Erkrankung der Uterus-Schleimhaut die Ursache der Blasenmole sei, nicht etwa umgekehrt. Was Schmorl's Fall anbetrifft, so halte er die vollständige Ausstossung der malignen Geschwulst, welche ja nur den der Placenta angehörigen Theil des Uterusepithels betrifft, für sehr wohl möglich, auch nachdem eine Metastase schon gebildet sei.

In den praktischen Schlussfolgerungen stimme er Veit bei, dass man nicht operiren solle, wenn nichts sicher Malignes nachgewiesen wird, um so mehr, als in malignen Fällen Metastasen so früh auftreten, infolge der Eröffnung und Erweiterung der Blutbahnen, dass die Operation ohnehin wenig Aussicht auf Rettung biete. In den Fällen scheinbar erfolgreicher Operation habe vermuthlich nicht immer wirkliche Malignität vorgelegen, die durch den Befund grösserer Syncytialmassen noch nicht als bewiesen erachtet werden dürfe.

v. Herff erzählt, dass ihm einmal ein mikroskopisches Präparat vorgelegt worden sei mit der Frage, ob das wohl ein maligner Syncytial-Tumor sei. Er habe diese Frage bejahen müssen. Thatsächlich aber sei es ein hämorrhagisches Sarkom des Biceps eines Mannes gewesen. Er neige zu der Ansicht, dass den Syncytialtumoren keine Sonderstellung im onkologischen Systeme zukomme, und möchte auch den Scheidentumor in Schmorl's Falle als hämorrhagisches Sarkom ansehen.

Schmorl widerspricht dem; er schliesst sich bezüglich der Histogenese der syncytialen Geschwulst der Ansicht Marchand's an: Entstehung aus Chorionepithel.

Pick widerspricht auf das Entschiedenste der Auffassung, dass ein maligner Tumor der Eihäute mit der Placenta zur vollständigen Ausstossung kommen könne. Gerade das frühe Einwuchern in die Gebärmutterwand sei gesetzmässig bei diesen Tumoren. Den Schmorl'schen Fall möchte er so deuten, dass die Metastase ursprünglich gutartig war, wie in seinem eigenen Falle, und dann für sich allein maligne wurde.

Neumann: Der Fall des Herrn Pick stosse seine (Neumann's) Theorie, dass atypische Wucherung des Syncytiums Malignität beweise, noch nicht um. Der Fall dürfte vielmehr als maligne anzusehen sein, da er eben eine Metastase gemacht habe. Die primäre Neubildung in der Blasenmole müsse bei der Ausstossung und Ausräumung vollständig entfernt worden sein. Er halte also seine Lehre bezüglich der Indikationsstellung zur Totalexstirpation aufrecht, und nur, wenn Beobachtungen, wie die Pick's, sich häuften, könne daran geändert werden.

Damit ist die Besprechung der Themata: Placenta und ihre Eihüllen, malignes Deciduom, Blasenmole, erledigt.

III. L. Fraenkel-Breslau: „Placentarpolypen der Tube."

F. demonstrirt zwei Präparate, in denen je ein grosser festaufsitzender den Placentarpolypen des Uterus völlig analoger echter Placentarpolyp in der Tube sitzt. Die Polypen hatten zu immer erneuten Blutungen Veranlassung gegeben und so die Operation erforderlich gemacht. Es muss imperfekter Tubenabort vorhergegangen und aus dem zurückgebliebenen Eirest der Placentarpolyp entstanden sein.

IV. Derselbe: **„Anatomie der Corpus-luteum-Cysten."**

Bisher waren zwei Typen dieser Cysten bekannt: Luteïn-Gewebe innen, fibröse Schicht aussen (Eug. Fraenkel) oder umgekehrt (Nagel). F. demonstrirt nun eine Corpus-luteum-Cyste, die nach dem Nagel'schen Typus gebaut ist, aber noch ausserdem innen mit einem niedrigen Epithel oder Endothel ausgekleidet ist. Einen ähnlichen Befund scheine Orthmann gemacht zu haben.

V. v. Herff-Halle: **„Ueber Scheidendrüsen."**

Vortragender demonstrirt mikroskopische Präparate von Scheidendrüsen und beginnender Cystenbildung derselben durch Sekretretention. Er möchte im Wesentlichen damit die Befunde v. Preuschen's bestätigen.

VI. Pick: **„Demonstration zweier Uteri duplices mit zwischengeschobenen Myomen."**

Die Fälle weisen auf einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Uterusverdoppelung und Geschwulstbildung hin: das Myom ist embryonal angelegt und hat die Vereinigung der Müller'schen Fäden behindert. Redner demonstrirt als Stütze seiner Ansicht die Stellung der Mittelleisten der Plicae palmatae.

VII. Kugelmann-Hannover: **„Zur Behandlung der Parametritis."**

K. schildert ausführlich sein schon 1876 in Hamburg empfohlenes conservatives Behandlungsverfahren für feste Exsudate.

Im akuten Stadium applicirt er zweistündlich per anum mittels einer Spritze 1—2 Pillen, aus 0.06 Opium und Glycerin q. s. bestehend. Zuweilen genügen schon wenige Dosen. Am 4. bis 5. Tage giebt er einen Esslöffel Ricinusöl, keine salinischen Laxantien. Ist das Fieber zurückgegangen, so verkleinern sich feste Exsudate meist von selbst. Bleibt es stationär, oder ist es von vorn herein schon älteren Datums, dann entfaltet das Jodkalium seine wunderbaren resorbirenden Eigenschaften. Vortragender giebt 4,0 auf Aq. menth. und Aq. dest. ana 60,0, bis 3 mal täglich 1 Esslöffel. Wo Jodismus auftritt, scheinen auch kleine Dosen schon viel zu leisten.

Bei Gonorrhoe desinficirt er täglich Vagina, Cervicalkanal und Harnröhre mit Carbolwasser und tamponirt die Scheide mit Salicylwatte.

Bei Anämischen weichen die letzten Reste der Tumoren bisweilen erst dem Eisen, dem K. gern Chinin zusetzt.

Mannskopfgrosse Exsudate hat Vortragender mit diesen einfachen Mitteln zum Schwinden gebracht, ebenso fixirte Ovarien und Uteri damit freigemacht. Auch bei veralteten Fällen ist es wirksam.

Dem Opium misst Vortragender eine spezifische Wirkung zu.

Nachzuholen ist noch:

3. Sitzung, Dienstag 22. September, Nachmittags.

Gemeinsame Sitzung mit den Abtheilungen für Kinderheilkunde und für Dermatologie.

Thema: **„Das Colles'sche Gesetz und der Choc en retour."**

Vorsitzender: Herr Unna.

I. Referent für Syphilidologie, Herr Finger-Wien.

Es giebt eine zweifellose, rein paterne Syphilisvererbung. Die Mütter, welche, selbst gesund, einen ex patre syphilitischen Foetus im Uterus tragen, verhalten sich verschieden.

1. Sie können, wie es scheint aber noch nicht erwiesen ist, von ihrem Foetus selbst Syphilis acquiriren: „Choc en retour". In solchen Fällen fehlt fast stets der Primäreffekt, zuweilen fehlt auch das Sekundärstadium und treten unvermittelt Tertiärerscheinungen auf („Tertiarisme d'emblée"). Ein

zelne einschlägige Fälle sind vom Momente der Defloration an bis nach der Entbindung genau beobachtet, und zwar von syphilitischen Aerzten in ihrer eigenen Ehe.

2. Die Regel ist, dass solche Mütter nur Immunität erwerben: Colles'sches Gesetz.

3. In einer kleinen Zahl gut beobachteter Fälle erwarben die Mütter weder Infektion noch Immunität, wurden vielmehr erst später, z. B. von ihrem Kinde beim Säugegeschäft, inficirt. Diese Fälle, deren 21 bekannt sind, sind zahlreich genug, um es in Frage zu stellen, ob das Stillen der ex patre syphilitischen Kinder durch ihre gesunden Mütter zu gestatten ist. Vortragender glaubt es verbieten zu müssen.

II. Referent für Gynäkologie, Herr Rosinsky-Königsberg:

Für gewöhnlich ist die Placenta für das syphilitische Gift undurchgängig, sowohl von der Mutter zur Frucht, als umgekehrt. In Ausnahmefällen kommt aber beides vor, unter welchen Bedingungen, ist unbekannt. Die gesunde Placenta ist meist undurchlässig, die kranke durchlässig, wie auch der Vorredner sagte; doch kann die Immunität schon erworben sein, wenn die Durchlässigkeit eintritt.

Ein Theil der Fournier'schen Fälle von „Choc en retour" ist wohl dahin zu erklären, dass die Primäreffekte übersehen wurden. Verdächtig sind allerdings die Fälle, wo die Allgemeinerscheinungen sehr früh eintreten; aber es kann auch Infektion und Conception zusammengefallen, es kann die Infektion der Conception vorausgegangen sein.

Was das Colles'sche Gesetz anbetrifft, so sind solche Fälle besonders einleuchtend, wo Frauen erst syphilitische Kinder gebären und später mit einem gesunden Manne oder mit ihrem antiluetisch behandelten Manne gesunde Kinder zeugen. 5 Fälle hat Redner selbst beobachtet.

Für die Praxis ergiebt sich Folgendes: In der Regel genügt in syphilitischen Ehen bei gesunder Frau die Behandlung des Mannes; wenn aber mehrere syphilitische Kinder geboren, bezw. Aborte erfolgt sind, so wird man auch die scheinbar gesunde Gravida antiluetisch behandeln.

Das Stillen des syphilitischen Kindes durch die gesunde Mutter ist anzurathen, um so mehr, als das Kind dringend der Muttermilch bedarf.

III. Dritter Referent für Pädiatrie: Herr Hochsinger-Wien: Redner leugnet den Choc en retour vollständig.

Dagegen ist es eine alltägliche Erfahrung, dass ein syphilitischer Mann Jahre lang mit seiner Frau verkehrt, ohne sie zu inficiren, obwohl sie syphilitische Kinder gebiert. Das Sperma des Mannes inficirt sie also nicht, die Colles'sche Immunität ist das einzige, was dabei zu Stande kommt. Sicherlich gehen dabei immunisirende Substanzen, Toxine der Frucht zur Mutter über.

Die Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz betreffen meist Erstgebärende: Die eine Schwangerschaft genügte noch nicht, um völlige Immunität zu erzeugen. Auch war die Erkrankung der Kinder in diesen Ausnahmefällen relativ leicht: in der Hälfte der Fälle kamen die Kinder nicht mit syphilitischen Erscheinungen auf die Welt, sondern erkrankten erst später, in den meisten übrigen Fällen war die Syphilis der Kinder sehr milde. Nur 3 bis 4 Fälle zeigen solche Erklärung für ihre Ausnahme nicht; aber sie können natürlich das Colles'sche Gesetz nicht umstossen.

Danach würde man also einer gesunden Erstgebärenden das Stillen ihres syphilitischen Kindes zu verbieten, den Mehrgebärenden es aber zu gestatten haben.

Was endlich den „Tertiarisme d'emblée" anbetrifft, so ist derselbe nicht bewiesen. Finger's Meinung ist, dass tertiäre Syphilis lediglich Toxinwirkung sei. Nun ist aber erwiesen, dass man bei Tertiärsyphilis reinficibar ist, und es besteht also das Dilemma: grössere Toxinmengen führen zur tertiären Syphilis und geringere führen zur Immunität. Darin liegt doch wohl ein Widerspruch.

In der Diskussion bemerkt

Unna, dass in praxi die Unterscheidung zwischen Infektion und Immunität sehr schwer sei.

Finger: Die Immunität habe er aufgefasst als Wirkung übergegangener Toxine, die tertiären Producte fasse er auf als Folgen der durch die Toxinwirkung erzeugten „Umstimmung" des Gewebes. Es können die Toxine nun vollständig geschwunden sein, aber die „Umstimmung", krankhafte Reaktion, bleibt bestehen.

Bei Rotz wurden experimentell mit lebendigen und mit sterilisirten und filtrirten Culturen Herde erzeugt, besonders in der Leber, die sich einander völlig glichen, sogar histologisch, und nur durch den Nachweis der Bacillen und durch Verimpfung unterschieden werden konnten. Dieselben Unterschiede werden zwischen Papel und Gumma bestehen. Contagiosität tertiärer Erscheinungen ist noch nie gesehen worden.

Eine Frau eines syphilitischen Mannes, genau beobachtet von der Defloration an bis nach der Geburt ihres zweiten Kindes (beide Kinder luetisch), wurde nach dem zweiten Kinde tertiär syphilitisch (Caspari's Beobachtung); solche Fälle machen es doch sehr wahrscheinlich, dass tertiäre Syphilis ohne vorausgegangene Sekundärsyphilis, also durch blosse Toxin-Uebertragung vorkommt.

Fehling: Bei tertiärer Syphilis den Mann allein zu behandeln, habe schlechte Resultate gegeben. Die Kinder wurden immer wieder syphilitisch. Die Diagnose der kindlichen Syphilis dürfe man nicht nach der Placenta allein, sondern nur nach dem Foetus stellen. Bei sicher gestellter Diagnose sei der Vater zu behandeln und die Mutter während der Gravidität ebenfalls. Das Stillen erlaube er allen Müttern, auch den Erstgebärenden; eventuell behandelt er die Mutter, sobald sie Symptome aufweist.

Gynäkologische Section des kön. ungarischen Aerztevereines zu Budapest.

IX. Sitzung vom 6. April 1897.

Vorsitzender: Herr v. Kézmárszky; Schriftführer: Herr Tóth.

I. Herr Platzer; Zwei Fälle von Abortus, in denen die Früchte mehrere Monate nach ihrem Absterben geboren wurden.

II. Herr Reismann: Fall von inoperablem Uteruscarcinom am Ende der Schwangerschaft.

Bei der Pat. wird der Kaiserschnitt ausgeführt werden. Herr v. Kézmárszky erwähnt auch einen Fall eines inoperablen Uteruscarcinoms bei bestehender Schwangerschaft, bei welcher er den Kaiserschnitt ausführte. Das Kind starb nach zwei Tagen, die Mutter nach drei Monaten. Für den Zeitpunkt der Operation wäre seiner Ansicht nach nur eine entsprechende Eröffnung des Muttermundes, nicht aber der Beginn der Geburt massgebend, da sich die Gebärmutter auch ausserhalb der Geburt gut retrahire. Herr Tauffer bemerkt zur Indicationsstellung, dass dort, wo das Carcinom noch operabel ist, die Freund'sche Totalexstirpation des Uterus, die er der vaginalen Totalexstirpation vorzieht, auszuführen sei. In dem demonstrirten Falle war dies nicht mehr möglich.

III. Herr Doktor: Fall von completer Uterusruptur, die nach einer schwierigen Wendung bei mässig verengtem Becken entstanden war. Laparotomie vier Stunden später. Tod an acuter Anaemie.

Herr Tóth giebt bei langdauernder hoher Stellung des Kopfes und Verstrichensein des Muttermundes der hohen Zange den Vorzug, die an der Tauffer'schen Klinik bei engem Becken 24mal ausgeführt wurde, ohne ein einziges Mal Uterus- oder Cervixruptur erzeugt zu haben.

Herr Berczeller legt ebenfalls für die hohe Zange eine Lanze ein, die er in mehreren solchen Fällen mit Erfolg anwendete, in denen bei früheren Geburten mittelst Wendung todte Kinder zur Welt gebracht worden waren.

IV. Herr Lovrich: a) Fibromyoma corporis uteri; Myomotomie, Tod an Peritonitis fünf Tage post oper. Bei der Section wurde in der Höhle des Uterusstumpfes Streptokokken-Eiter gefunden.

Herr Tauffer wendet, um solchen Zufällen vorzubeugen, bei jeder Myomotomie den Paquelin an.

b) Molaretention. Tod einer 39jährigen Xp., die 5 Monate lang an heftigen Blutungen (Mola) gelitten hatte, in Folge allgemeiner Anämie, trotz des neun Tage vorher mit Erfolg angewendeten Curettements. Bei der Section wurde die Gebärmutter gehörig rückgebildet und ganz normal gefunden.

V. Herr Tóth: Fall eines mannskopfgrossen, vollständig abgeschnürten multiloculären Ovarial-Kolloid-Kystoms. Laparotomie. Reichlicher, blutiger Ascites. Exstirpation. Heilung.

Temesváry (Budapest).

Buchanzeigen.

Hegar-Kaltenbach. Operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre. 4. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Herausgegeben von A. Hegar unter Mitwirkung von W. Wiedow, E. Sonntag, G. Bulius. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1897.

Wenn von einem allseitig als klassisch anerkannten Werke eine neue Auflage erscheint, wenn zu diesem, von einem Hegar herausgegebenen Buche ein W. A. Freund[1]) sich schon geäussert hat, dann kann eine nachfolgende Besprechung nur die Aufgabe haben, auch den Aerzten, welchen ein eingehendes Studium des Buches aus irgend welchen Gründen nicht möglich ist, den reichen Inhalt einigermassen zugänglich zu machen, besonders aber diejenigen Punkte hervorzuheben, die sich gegen früher geändert oder die besonders zur Diskussion gestanden haben.

Körperpositionen. Die für die Gynäkologie so wichtig gewordene Beckenhochlagerung findet eingehende Besprechung, ihre grossen Vorzüge werden gerühmt, ihre Nachteile nicht verschwiegen, doch gewiss mit Recht als grösstenteils zu umgehen bezeichnet. Viel ausführlicher als früher ist die Narkose behandelt: die grundsätzliche Untersuchung auch des Harns vor derselben wird nachdrücklichst verlangt; der lokalen Anästhesie, der Anwendung des Aethers, der Chloroformtropfenmethode wird gedacht, ohne dass denselben Bedeutung beigelegt wird. Die Freiburger Klinik ist der alt erprobten Anwendungsweise des Chloroforms treu geblieben.

Bei der Besprechung der kombinirten Untersuchung werden (bes. gegenüber A. Martin) mit erneutem Nachdruck die Vorteile des rectoabdominalen Vorgehens hervorgehoben.

Lehre von den gynäkologischen Operationen. Die intrauterinen Injectionen werden gegenüber Fehling und Saenger als wirksamste Methode intrauteriner Therapie aufrecht erhalten, allerdings unter ganz besonderer Betonung der nötigen Vorsichtsmassregeln; für die flüssigen Substanzen wird die Saenger'sche Aetzskala angeführt, die Anwendung der Medikamente in fester Form nur des historischen Interesses halber erwähnt. Die Pessartherapie ist ausführlich besprochen; bei Prolaps hält sie Hegar bekanntlich nur dann für indizirt, wenn lokale oder all-

[1]) Centralblatt f. Gyn. 1897, No. 19.

gemeine Krankheitszustände die Operation durchaus verhindern; bezüglich der Lageveränderungen des Uterus sei erwähnt, dass intrauterine Pessarien seit mehr als einem Jahrzehnt nicht mehr angewendet wurden.

Das neu eingefügte Kapitel über elektrische Behandlung ist sehr kurz ausgefallen, was die meisten deutschen Fachgenossen wohl nicht als Mangel empfinden werden; Hegar hat dieselbe nicht angewendet; ausführlicher behandelt ist die Massage und Thure Brandt's Verfahren; erstere wird (wie früher) empfohlen für Subinvolutio uteri, weiterhin auch für starre Exsudate im Bindegewebe, Beckenbauchfell, in den Lig. sacrouterinis; bezüglich der Ovarien und Tuben wird eher von ihrer Anwendung abgeraten. Für das eigentliche Brandt'sche Verfahren vermisst Hegar die physiologische Grundlage, auf welche hin man bestimmte Wirkungen auch nur halbwegs sicher erwarten könnte.

In dem Kapitel „Wundnaht" zeigt sich, dass Hegar seinem Grundsatz treu geblieben ist, bei plastischen Operationen im Allgemeinen nur soviel anzufrischen, dass die Vereinigung durch einfache Suturen ohne zu grosse Mühe gelingt; er betrachtet daher die versenkte Catgutnaht nach wie vor nur als ein, im gegebenen Fall freilich vortreffliches Aushilfsmittel; die der fortlaufenden Catgutnaht später zugeschriebenen Nachteile werden jedenfalls nicht allerseits anerkannt, so wird z. B. die Cutis bei Laparotomien wohl nicht nur an unserer Klinik ebenfalls mit fortlaufendem Catgut vernäht — mit bestem Erfolge. Die Schwierigkeit oder wenigstens Umständlichkeit der Sterilisation muss freilich zugegeben werden. Den neuen Vorschlägen Walcher's, die Faltung der Wundränder durch kreisförmige Umstechung derselben zu umgehen, wird keine Bedeutung beigelegt, bezüglich der Bauchnaht Walcher's Verfahren aus praktischen und theoretischen Gründen direkt verworfen; sehr wesentlich scheint uns die dabei angebrachte Warnung vor zu festem Schnüren der Nähte; es wird dabei auf experimentelle, noch nicht veröffentlichte Untersuchungen Tilgler's über die Wundnaht Bezug genommen. In der leichten Vermeidung zu starker Schnürung sieht Hegar auch einen Hauptvorteil der von ihm so bevorzugten Drahtnaht.

Im Kapitel Antisepsis und Asepsis sind die jetzt allgemein üblichen Maassnahmen sehr anschaulich zusammengefasst, ich hebe nur hervor, dass, wenigstens nach Berührung mit sehr infektiösem Material, Abstinenz gefordert wird. Der Gebrauch der Schwämme ist fast vollständig aufgegeben.

Als sehr vorteilhafte Aenderung gegenüber der älteren Auflage erweist sich die klare und knappe Zusammenfassung aller auf die vom Abdomen her ausgeführten Operationen bezüglichen, allgemeinen Gesichtspunkte unter dem Titel Laparotomie.

Die Bauchnaht wird so ausgeführt, dass zuerst das Peritoneum allein oder mit der Fascie durch Catgutknopfnähte, dann die übrigen Abschnitte der Bauchdecken durch tiefe und oberflächliche Seidensuturen geschlossen werden; in die Zwischenräume zwischen die Nähte kommen kleine sterilisirte Gazestreifen zur Drainage, welche am 2.—3. Tage entfernt werden. Für die Bauchhöhle ist die prophylaktische Drainage für besondere Verhältnisse beibehalten (Verletzungen von Darm und Ureter, Austritt infektiösen Materials, unvollständige Blutstillung); die Herausleitung der Drains durch die Scheide wird bevorzugt. Bezüglich der Nachbehandlung wird besonders eindringlich vor dem „zu viel thun" gewarnt. Häufig wird eine schiefe Lagerung der Operirten mit dem Kopf nach unten angewendet und davon auch ein Ausbleiben etwa zu fürchtender Verklebungen der Därme mit Wundflächen im Becken erwartet. Zur Vermeidung von Herzkollaps und namentlich Thrombosen wird eine besondere Kräftigungskur vor der Operation angeraten; nach der letzteren werden Weinklystiere, möglichst frühzeitige passive Bewegungen der Beine empfohlen, vor einer zu starken Compression des Abdomen gewarnt.

Bei Darmocclusion gelang es Hegar (neben den zwei schon früher berichteten) in zwei neuen Fällen, durch erneute Laparotomie Genesung zu erzielen; der Darm war an das Schnürstück nach Ovariotomie angelötet gewesen.

Die Ovariotomie stellt ein im Ganzen so abgeklärtes Gebiet dar, dass ich mich mit der Hervorhebung weniger Punkte begnügen kann. Bei den noch im kleinen Becken liegenden Tumoren bedarf es ausser der Anwesenheit der Geschwulst noch einer besonderen Indikation, um sofort zur Operation zu schreiten. Bei bestehender Schwangerschaft ist frühzeitig zu operiren, am besten im 2.—4. Monat, wobei sich in 85—90 pCt. ein normaler weiterer Schwangerschaftsverlauf ergab. Die Resektion des eventuell partiell erkrankten zweiten Ovarium wird ziemlich absprechend beurteilt; dagegen soll jedes „bedeutend", wenn auch nicht cystisch veränderte II. Ovarium ganz entfernt werden. Die einzelnen die Prognose bestimmenden Momente werden auseinandergesetzt, dagegen mit Recht bemerkt, dass die Statistiken mit ihren Gesammtzahlen ohne Berücksichtigung der Einzelheiten in unserer Zeit wenig Wert mehr haben; doch wird die interessante Tabelle Péan's angeführt, die über 7 Serien von Ovariotomien von 1864—1887 berichtet mit einem Herabsinken der Mortalität von 24,4 auf 2,1 (bezw. auf 0,0) pCt. Der Ovariotomia vaginalis wird für die gewöhnlichen Fälle keine grosse Zukunft prophezeit. Die Punction wurde seit 15 Jahren nicht mehr ausgeführt; sie ist nur bei absoluter Contraindication der Operation zulässig, sonst auch nicht einmal zu diagnostischen Zwecken.

Nach Castration (doppelseitiger) trat von 167 Fällen die Menopause nur in 55,7 pCt. sofort, in 25,1 pCt. nach ein- oder mehrmaligem Blutabgang ein, in 19,2 pCt. war sie ein Jahr nach der Operation noch nicht vorhanden. Die „Ausfallserscheinungen" werden nicht sehr hoch angeschlagen, da das Allgemeinbefinden der Operirten durch dieselben niemals in nennenswerter Weise gestört war; es wird daher gegenüber Werth die möglichst vollständige Entfernung der Ovarien verlangt; auch die Schaffung einer Praedisposition zu Psychosen durch die Castration (Glaevecke) wird nicht anerkannt.

Die allgemeine Begründung des bekannten Hegar'schen Standpunktes in der Castrationsfrage hat eine wesentliche Aenderung nicht erfahren. Von der Vorbedingung der vorherigen Abtastung der Eierstöcke, der Feststellung ihrer Beschaffenheit und Insertion darf nur bei Fibromen und Osteomalacie Abstand genommen werden; bei ersterer ist die Castration noch immer der Operation der Wahl und der Totalexstirpation und Amputatio supravaginalis vorzuziehen, abgesehen von bestimmten Ausnahmen (kolossale, fibrocystische, adenomyomatöse, gestielte Tumoren); die von Bulius festgestellte abnorme Beschaffenheit der Ovarien bei Myomen wird besonders betont. Bezüglich der Osteomalacie wird Winckel's Zurückhaltung nicht geteilt, vielmehr geraten, nicht gar zu viel Zeit mit dem Ausprobiren anderer Mittel zu verlieren. Als anatomischer Befund der Ovarien bei derselben wird eine vielfach zu Blutextravasaten führende Hyperaemie mit Vermehrung und Erweiterung der Gefässe, sowie hyaline Entartung der Arterien beschrieben.

Aus der genauen Besprechung der übrigen zur Castration Anlass gebenden anatomischen Befunde ergiebt sich, dass es auf den einschlägigen, früher strittigen Gebieten (Ziffer 1, 5, 6) leider auch in den letzten 11 Jahren nicht gelungen ist für den Einzelfall strengere, objektive, vor der Operation feststellbare Anhaltspunkte aufzufinden dafür, ob man bestimmte Befunde als pathologisch erklären soll und in welchem Umfang dieselben dann verantwortlich gemacht werden dürfen für vorhandene Symptome, namentlich allgemeiner Natur.

Die Mortalität der Operation ist von 12,1 auf 4,3 pCt. (in 139 von 1885—1894 operirten Fällen) gesunken. Die Dauererfolge waren sehr günstig bei Myom und Osteomalacie, sehr ungleichmässig bei den Menstruationsanomalien, recht zweifelhaft bei den entzündlichen Zuständen.

Operationen an den Tuben. Bei Hydrosalpinx wird die Operation von den Beschwerden abhängig gemacht, bei Pyosalpinx soll nach gestellter Diagnose stets operirt werden, am besten, wenn die Infektiosität des Inhalts erloschen ist, also etwa ein Jahr nach der Entstehung, doch lasse sich die Operation nicht immer so lange hinausschieben. Auch die Rücksichtnahme auf die Lebensstellung der Patientin wird mit Recht hervorgehoben. Die Drainage nach der Operation wurde in den letzten Jahren nicht mehr aus-

geführt, doch wird sie nicht vollständig verworfen, sondern für besondere Verhältnisse (s. o.) empfohlen. Die Prognose bez. Beseitigung der Beschwerden ist mit Vorsicht zu stellen, nur bei Tuberculose wurden sehr gute Erfolge erzielt.

Die Exstirpation tubarer Fruchtsäcke wird, bei der Häufigkeit der späteren Heilung dieses Zustandes, in den ersten Monaten nicht ohne weiteres, sondern nur dann für indizirt gehalten, wenn die Operation voraussichtlich leicht ist, wenn gefährliche Zufälle eintreten oder wenn die Kranken sich nicht ruhig verhalten und unter ärztlicher Ueberwachung bleiben können. Dagegen soll in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft baldmöglichst operirt werden.

Eine weitgehende Umarbeitung hat das Capitel über Totalexstirpation des Uterus erfahren. Bei abdominaler Operation, die vorzüglich für Myome in Frage kommt (obwohl gegenüber der supravaginalen Amputation die längere Dauer für die meist sehr anämischen Kranken ungünstig ist) soll im wesentlichen der Gang der modifizirten Freund'schen Methode befolgt werden, bei der „der wichtigsten Vorbedingung für einen günstigen Ausgang", dem vollkommenen Abschluss der Bauchhöhle Rechnung zu tragen ist; also Umschneidung des Collum und Versorgung der Art. uterina von der Scheide aus, dann erst Laparotomie, Unterbindung der Lig. lata, Bildung der peritonealen Lappen, Loslösung der Blase, symperitoneale Naht nach Einstülpung der Stümpfe und Ligaturen in die Scheide. Die Modificationen von A. Martin, Doyen, Richelot, Péan werden kurz und klar geschildert.

Die vaginale Operation wird in 4 Akten beschrieben. I. Umschneidung des Scheidengewölbes, zuerst hinten mit sofortiger Eröffnung des Douglas. II. Loslösen der Blase, Eröffnung der Fossa vesico-uterina. III. Loslösen der seitlichen Verbindungen, Unterbindung der Lig. lata, event. mit Umstürzen des Uterus nach Durchtrennung der unteren Hälfte der Ligamente. IV. Schluss der Scheidenbauchwunde. Die Verfahren anderer Operateure werden, zum Teil in knapp referirender Form, beschrieben, so namentlich die Klemm- und Verkleinerungsmethode nach Péan und Doyen-Landau, das Verfahren von Fritsch bei Prolaps, von Leopold, Richelot und Anderen bei Myom, von Péan, Segond, Landau bei entzündlichen Veränderungen der Adnexe, schliesslich die sacralen, parasacralen und perinealen Methoden.

Für das Carcinoma uteri ist die vaginale Operation noch immer als bevorzugtes Verfahren anzusehen, während die sacrale Methode bei höherer Mortalität (182) die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt hat. Für alle Methoden gilt die Einschränkung der Operation auf Fälle, in denen das Beckenbindegewebe noch nicht in ausgedehntem Maasse ergriffen ist. Die Vorzüge der Klemm-Methode bei fixirtem Uterus werden anerkannt, die kurze Operationsdauer, die Möglichkeit, die Klemmen weiter lateralwärts anzulegen, die sichere Blutstillung hervorgehoben; „einem abfälligen Urtheil" vermag sich daher die Freiburger Klinik nicht anzuschliessen. Bei Myom bis zu Kindskopfgrösse wird der Castration vor der etwa anwendbaren vaginalen Totalexstirpation der Vorzug gegeben, ausser bei festen Verwachsungen der Ovarien oder submucösem und intraligamentärem Sitz der Geschwulst.

Die ventrale Totalexstirpation ist bei entsprechender Grösse des Tumors vorderhand nur zu wählen bei vorwiegend intraligamentärer Entwicklung, weil nach Entfernung der Cervix die grosse Wundhöhle im Parametrium besser nach der Scheide drainirt werden kann. Bei entzündlichen Adnexerkrankungen mit Eiterung wird der Totalexstirpation des Uterus nicht gerade das Wort geredet, doch bilde sie in gewissen Fällen das ultimum refugium; noch vorsichtiger ist die Indikation für entzündliche Prozesse ohne Eiterung formulirt; wegen Prolaps soll die Operation nur bei bestehenden Complikationen ausgeführt werden.

Die für Myomotomie aufgeführten Indikationen sind die allgemein anerkannten; bezüglich der Complikation mit Schwangerschaft teilt Hegar Hofmeier's Standpunkt: Die Operation soll im Interesse des Kindes so lange hinausgeschoben werden, bis wirklich Gefahr für die Mutter eintritt; die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft kommt nicht in Frage. Be-

züglich der Technik haben sich nur bei der intraperitonealen Methode der Stielversorgung Aenderungen ergeben; nach genauer Schilderung der ursprünglichen Schroeder'schen Methode wird als wichtige Verbesserung derselben die Uebernähung des Stumpfes mit grossen Peritoneallappen nach Hofmeier und Chrobak, besonders wegen des sicheren Abschlusses der Amputationsfläche gegen die Bauchhöhle hervorgehoben, wegen der exakten Blutstillung die Zweifel'sche Methode der fortlaufenden Kettennaht gerühmt.

Bei der Kritik der Methoden wird immer die Statistik als wertlos bezeichnet: übrigens zeigt eine nach verschiedenen Autoren zusammengestellte Tabelle eine Abnahme der Mortalität bei extraperitonealer Behandlung von 50 auf 8,3 pCt., bei intraperitonealer von 73,8 auf 9,54 pCt., beides in den Jahren 1875—1895. Trotzdem darnach die Prognose ziemlich gleich erscheint, wird doch die extraperitoneale Methode Hegar's noch vorgezogen wegen des absolut sicheren Schutzes vor Blutung und der minimalen Gefahr nachträglicher Infektion; den neueren Methoden der intraperitonealen Versorgung wird zugestanden, dass die eine Hauptgefahr, die ungenügende Blutstillung, fast vollständig beseitigt sei, die andere jedoch, die Möglichkeit unmittelbarer oder nachträglicher Infektion wird noch sehr hoch — unserer Meinung nach zu hoch — angeschlagen. Dem Satze freilich, dass trotz aller bakteriologischen Untersuchungen der Keimfreiheit des Uterus und oberen Cervixteils nicht immer zu trauen ist, wird man zustimmen müssen. Als sehr bedenklich wird das Versenken der elastischen Ligatur bezeichnet, die A. Martin'sche Enucleation als zu gefährlich (unmittelbare und nachträgliche Blutung und Eiterung) verworfen. Die vaginale Myomotomie nach Dührssen-Martin oder Doyen-Veit wird für kleinere Geschwulste bis zu Faustgrösse, sofern sie solitär sind, anerkannt, sonst die vaginale Totalexstirpation bevorzugt.

Die Amputatio colli wird auch bei Portiocancroid ganz im Beginne als berechtigt erklärt, trotz der mehrfachen Einwendungen; doch wird die grosse Seltenheit hierhergehöriger Fälle betont. Nicht mehr anerkannt als Anzeige der vaginalen Amputation wird die Metritis chronica; die angebliche Rückbildung des Corpus uteri nach dieser Operation sei weder klinisch noch anatomisch festgestellt.

Bei der Enucleation von Myomen von der Scheide aus wird die Verbesserung der Prognose (3,4 pCt. Mortalität gegen 16 in älteren Zusammenstellungen) im wesentlichen der Beschränkung auf passende Fälle zugeschrieben, das sind neben den leicht zugängigen Cervixmyomen die solitären, locker eingebetteten, die oberen Teile der Cervix zum Verstreichen bringenden, nicht allzu grossen Tumoren des Corpus; auch jetzt noch wird also die Indikation der Operation viel enger gestellt als von den französischen Autoren und vor den Gefahren — Blutung und Sepsis — eindringlich gewarnt.

Die neuen Retroflexionsoperationen werden eingeteilt in I. solche, welche durch Verkürzung der natürlichen Befestigungsmittel des Uterus Heilung bezwecken, II. solche, welche den Uterus durch neue künstliche Befestigungen nach vorne zu halten suchen. Die Alexander'sche Operation erfordert, um Misserfolge zu vermeiden, stets eine vollständige Spaltung des Leistenkanals nach Kocher, bei dem ursprünglichen Alexander'schen Verfahren wird häufig das an der allgemeinen Atrophie der Befestigungsmittel teilnehmende Lig. rot. nicht gefunden; das Kocher'sche Verfahren aber wurde als ein gar zu grosser Eingriff und wegen der Gefahr der Brüche nicht ausgeführt. Die Ventrofixation ist das bessere, sicherere, bei fixirter Retroflexio das einzig zulässige Verfahren, namentlich auch wegen der Uebersichtlichkeit und sicheren Blutstillung gegenüber der Vaginofixation, die bei zeugungsfähigen Frauen wegen der schweren Geburtsstörungen überhaupt contraindizirt ist. Die Czerny'sche Methode der Ventrofixation (Durchführung der Nähte durch den Fundus selbst, durch die Bauchdecken nur bis zur Fascie) wird vor der Olshausen's und Leopold's bevorzugt. Die Vaginofixation wird in Freiburg so ausgeführt, dass nach Eröffnung des Peritoneum der Fundus durch eine einzige Péan'sche Kugelzange gefasst und vorgezogen und dann durch Seidenfäden, welche

die Scheidenwände nicht durchsetzen, im vorderen Wundwinkel befestigt wird. Nachdrücklichst wird gegen die zu häufige Ausführung der Retroflexionsoperation protestirt, indem darauf hingewiesen wird, dass bei beweglichen Retroflexionen die Beschwerden, wenn überhaupt vorhanden, vielfach von den begleitenden Umständen, bei fixirter R. von den entzündlichen Veränderungen der Nachbarschaft abhängen. Es scheint fast, als ob schliesslich nur die Ventrofixation als gelegentlicher Eingriff nach ausgeführter Adnexoperation anerkannt wird.

Bei der Anatomie der Gynatresieen wird die neuerdings von Nagel und J. Veit vertretene Anschauung, dass ein grosser Teil der angeblich angeborenen Atresieen erworben sei, angeführt, die Gründe Veit's, namentlich bezüglich der einseitigen Gynatresieen bei Verdoppelung des Genitalschlauches aber als nicht stichhaltig bezeichnet, da besonders adhaesive Peritonitis auch ohne Infektion sich ausbilden könne, ferner Infektion auch bei geschlossenen Blutsäcken nachträglich vom Darm her eintreten könne. Für die Entstehung der Blutsäcke in den Tuben wird die Sänger'sche Erklärung herangezogen (Zurückfliessen des Blutes aus dem überfüllten Uterus durch die Tube in die Bauchhöhle, als Folge adhaesive Peritonitis und Verschluss der Tuben).

Urinfisteln. Bezüglich der Freilegung der Fisteln werden die Methoden von Fritsch und Schauta zur Loslösung von mit dem Knochen verwachsenen Fistelrändern als zweckmässig erwähnt, die Methode von Frank (Voroperation zur Erzeugung eines künstlichen Prolapses) als in ihrem Nutzen problematisch bezeichnet. Die grossen Vorteile, welche die Methode der Narbenspaltung und Lappenbildung für die Anfrischung brachten, werden hervorgehoben, auf die verschiedenen Modificationen weniger Wert gelegt. Von den komplizirteren hierher gehörigen Verfahren findet besonders das von Bardenheuer (extraperitoneales Vorgehen von einem suprasymphysären Schnitt aus) und Trendelenburg (Anfrischung von der Blase aus nach Sectio alta) Würdigung. In den Fällen von weitgehender oder totaler Zerstörung der Harnröhre ist die Herstellung der Kontinenz durch plastische Operationen noch immer nicht mit einiger Sicherheit zu erreichen; es kommt die vollständige Verschliessung der unteren Ausflussöffnung und die Anlegung einer suprasymphysären Ausflussöffnung nach Witzel in Frage.

Bei der Operation der Blasengebärmutterfistel wird die Methode der Loslösung der Blase vom Uterus und der isolirten Vernähung des Blasendefekts in den Vordergrund gestellt, bei Harnleiterfisteln Mackenrodt's Verfahren der directen Implantation eines die Ureterfistel umfassenden Scheidenlappens in eine zu diesem Zwecke angelegte Blasenwunde (bei Gebärmutterharnleiterfistel nach vorheriger Umwandlung derselben in eine Scheidenfistel).

Prolaps. Die Kolpoperineorhaphie in ihrer Bedeutung als Hauptoperation wird aufrecht erhalten und gegenüber Küstner und Mackenrodt sehr entschieden festgestellt, dass man Dauerheilungen von Prolapsen auch ohne gleichzeitige Inangriffnahme der Retroversio-flexio fast immer erzielen kann. Am meisten von den in neuerer Zeit angewandten Methoden wird auch hier der Ventrofixation zugetraut. Bei der als Hülfsoperation häufig ausgeführten Elythrorhaphia anterior wird der Scheidenlappen meist als Falte in einem von Hegar modifizirten Klemmapparat gefasst und nach Anlegung der Nähte unter demselben abgetragen. Auf die Fehling'sche doppelte Anfrischung wird kein besonderer Wert gelegt, Von den älteren Prolapsoperationen wird die Martin'sche Anfrischung (zu beiden Seiten der Col. rug.) noch entschiedener als früher für ungeeignet bei Prolaps erklärt, das Bischoff'sche Verfahren als obsolet; es wurde seit Jahren nicht mehr angewendet. Bei der Besprechung neuerer Methoden wird die Kolpoperineorhaphie nach A. R. Simpson (Bildung zweier dreieckiger Scheidenlappen mit oberer Basis, welche nach oben geschlagen und nach der Scheide zu quer vereinigt werden; darunter quere Vereinigung der Dammwunde) als vorzüglich verwertbar zur Heilung grosser Scheiden- und Gebärmuttervorfälle hervorgehoben, während die Frank'sche Methode der Dammspaltung mit nachfolgender querer Vereinigung verworfen wird, ein Urteil, das

Manchem vielleicht nicht ganz verständlich erscheinen wird, da das Prinzip beider Operationen doch im wesentlichen das gleiche ist. Zudem verwendet Hegar selbst bei der Simpson'schen Anfrischung die bei der Frank'schen getadelten versenkten Catgutnähte, bei ersterer fällt ebenso wenig Gewebe weg, wie bei letzterer, nur bei dieser aber wird das als kein thatsächlicher Vorteil ausdrücklich bezeichnet. Bezüglich der Complikationen nach Prolapsoperationen ist ein Fall von Interesse, in welchem Ileuserscheinungen auftraten, die nach Entfernung der Nähte am dritten Tage verschwanden; er wird aus dem Mitfassen eines Appendix epiploicus oder eines Netzstückes durch die während des Auftretens von Brechbewegungen der Patientin angelegten obersten Nähte erklärt. Die Resultate sowohl in Bezug auf prima intentio, als auf dauernde Heilung waren sehr günstig. Recidive wurden nur ganz ausnahmsweise bekannt.

In einem Anhang wird noch die „Cystopexie" bei schweren Prolapsen mit hochgradiger Cystocele besonderer Beachtung empfohlen; sie wurde sechs Mal von der eröffneten Bauchhöhle aus ausgeführt, ausgedehnte Plastiken angeschlossen; fünf Mal wurden so hervorragend günstige Heilerfolge erzielt.

Der Exstirpation der Vagina wird ein besonderes Kapitel gewidmet und dabei der Methoden von Olshausen, Dührssen, Thomas und anderer gedacht.

Die Operationen des veralteten Dammrisses werden eingetheilt in 1) Anfrischungs-, 2) Lappen-, 3) reine Spaltungsmethoden (ausserdem noch verschiedene Kombinationen dieser Verfahren). Das grundsätzliche Wegschneiden allen Narbengewebes ist durchaus nicht nötig und demzufolge wird den darauf besondere Rücksicht nehmenden Anfrischungen von Freund und Küstner wenig Wert beigelegt; auch die Tait-Saenger'sche Methode der Dammspaltung erfährt geringes Lob: der Vorzug, dass der Verlust an Gewebe vermieden wird, sei illusorisch und die Angabe, dass das Verfahren die natürlichen anatomischen Verhältnisse am vollkommensten wiederherstelle, nicht gerechtfertigt. Nur bei ganz einfachen Verhältnissen und geringem Dammdefekt hat die Methode wegen der schnellen und leichten Ausführbarkeit Vorzüge, ihr Hauptgebiet ist also (entgegen Saenger) der inkomplete, nicht der komplete Dammriss.

Noch einmal wird Gelegenheit genommen, Bedenken zu äussern gegen allzu ausgedehnte Anwendung fortlaufender Catgutnähte, obgleich dieselben auch in Freiburg gelegentlich benützt werden; insbesondere das Herausleiten eines zusammenhängenden Fadens von der Schleimhautoberfläche in die Tiefe der Wunde als chirurgisch unrichtig bezeichnet. Als Hauptanfrischungsmethode wird die alte Simon-Hegar'sche beschrieben, die nach wie vor durchgehends günstige Erfolge ergab. Die Durchschneidung des Sphincter ani zur Entspannung wurde als entbehrlich seit 10 Jahren nicht mehr geübt. Von den Lappenmethoden, deren Prinzip der Vermeidung von Gewebsverlust gerade beim kompleten Dammriss grosse Bedeutung haben kann, hat besonders die Methode von A. R. Simpson (Bildung von je zwei Scheiden und Mastdarmlappen von einem auf der Narbe verlaufenden Bogenschnitt aus) mit einer kleinen Modification des Querschnitts und der Verwendung versenkter Catgutnähte, vorzügliche Dienste geleistet und wurde in den letzten Jahren fast ausschliesslich benützt. Auch die eine reine Spaltungsmethode darstellende, totale Dammplastik nach Fritsch wird als rationell hervorgehoben.

Der vorliegende Bericht konnte nur in dem eingangs erwähnten Sinne auf die wichtigsten Punkte aufmerksam machen; es ist klar, dass derselbe keinen Begriff geben kann von dem Genuss und dem Gewinne, welche ein Vertiefen in das Buch selbst auch in seiner neuen Form jedem Arzte gewähren wird. O. von Franqué-Würzburg.

F. von Winckel, Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Entzündungen des Bauchfelles und des benachbarten Zellgewebes. I. Suppl.-Bd. 2. Heft des Handbuchs der spec. Therapie inn. Krankheiten. Peuzoldt-Stintzing. Jena 1897. Mit 9 teilweise farbigen Abb. im Text. S. 77—145.

Es ist überaus dankenswerth, dass der hochverdiente Münchener Kliniker in dieser brennenden Frage das Wort ergriffen hat. In der ihm eigenen klassischen Weise hat er das einschlägige Material zusammengetragen und kritisch gesichtet, um das, was sich bis heute an therapeutischen Sätzen als gesichert herausgestellt hat, an der Hand seines eigenen klinischen Materials praegnant darzustellen. F. v. Winckel hat sich selbst auf dem Moskauer internat. Med. Congress mit grosser Reserve über das heute als sicher gewonnene therapeutische Ergebniss ausgesprochen; aber unzweifelhaft hat er mit sicherer Hand das bisher weit zerstreute Grundmaterial so übersichtlich geordnet und so bedeutungsvolle Beiträge aus seiner reichen Erfahrung herbeigebracht, dass hier die weitere Bearbeitung dieses so wichtigen Capitels ansetzen kann.

Die Darstellung der Verhältnisse des Beckenbindegewebes stützt sich auf Winckel's eigene Präparate; dieselben haben durch die inzwischen bes. von A. v. Rosthorn auf dem Leipziger Gynäkologen-Congress demonstrirten eine, soviel wir sehen konnten, sehr bestimmte Bestätigung gefunden. Winckel sondert die Entzündungen des Beckenzellgewebes von denen des Beckenbauchfelles und anderen allgemeinen Bauchfellentzündungen. Unzweifelhaft muss diese Eintheilung der Betrachtung dieser von den Genitalien ausgehenden Entzündungsprocesse zu Grunde gelegt werden, wenn auch in der Praxis — wie W. das selbst hervorhebt — dieselben nur zu häufig sich vergesellschaften.

Mit vollem Recht hebt er hervor, dass die Parametritiden heute stets als infectiösen Ursprungs angesehen werden müssen, und dass nur die Arten und Combinationen der Mikroben, ihre Menge und Virulenz variiren. Es ist überraschend, dass diese Processe nur in 2 pCt. der Fälle in Vereiterung übergehen: sicher entziehen sich die minder schweren nicht selten der ärztlichen Kontrolle. Mir will scheinen, dass die Fälle der Freund'schen atrophicirenden Parametritis nicht ganz so selten sind, wie Winckel es darzustellen scheint, während wir in der That zugeben müssen, dass die Adenitis periuterina uns auch in unserm immerhin erheblich gewachsenen Untersuchungsmaterial nur sehr vereinzelt vorgekommen ist. Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose wird jeder Fachmann wohl zu schätzen wissen; für den Praktiker, dem doch dieses Handbuch die Wege weisen soll, wären vielleicht weitere Details erwünscht gewesen.

Unter den therapeutischen Vorschlägen ist sicherlich alles erörtert, was hier in Frage kommt. Wenn Verf. an dieser und auch einmal an einer späteren Stelle sich gegen die Blutentziehung durch Blutegel am Unterleib ausspricht, dabei Referenten als einen Befürworter dieser Behandlungsweise hervorhebt, so möchte sich letzterer doch zu bemerken erlauben, dass, wenn jene Empfehlung nicht der jüngsten Vergangenheit entspricht, sie doch nach seiner Meinung auch heute noch nicht ganz von der Hand zu weisen ist und gelegentlich mindestens schmerzlindernd wirkt, wo die Eisbehandlung diesen Ziel nicht voll erreicht. Das von Fritsch empfohlene Verfahren der Eröffnung parametritischer Abscesse, dem auch Verf. das Wort redet, ist uns weit umständlicher und in nichts sicherer erschienen, als die von uns stets geübte unmittelbare Entleerung durch einen Trokar, dessen Einführungskanal stumpf oder schneidend derart erweitert wird, dass Ausräumung und Drainage der Höhle ausgeführt werden kann: ev. dabei verletzte Gefässe konnte Ref. stets leicht umstechen.

Die Verwerfung der Anwendung des galvanischen Stromes zur Beförderung der Rückbildung ist wohl fast allseitiger Zustimmung sicher. —

Verf. berechnet die Häufigkeit der Perimetritis zu nahezu 80 pCt.; nach des Ref. Erfahrung dürfte diese Zahl durchaus den Thatsachen entsprechen, besonders wenn die Pigmentflecken im Perimetrium und die Pachy-Peritonitis haemorrhagica mit einberechnet werden. Ausser den von W. angeführten Befunden bei Perimetritis hat Ref. relativ häufig herpes-

ähnliche Bläschen in dem Perimetrium gesehen und wirklich pulpöse zottige allgemeine Verdickung, wobei es aber auffallender Weise nur zu partieller Verwachsung mit Nachbarorganen gekommen war.

Unter den Symptomen wird hier ebenso wie bei der Parametritis auf die Tussis uterina hingewiesen: wir konnten dieses auch uns auffallende Symptom gelegentlich aber doch nur der Neurasthenie und Hysterie zuschreiben, welche allerdings eine nicht seltene Folge der chronischen Beckenbauchfell- und Beckenzellgewebsentzündung ist. Mehr Gewicht mussten wir auf die Sehstörung legen, auf welche Mooren näher eingegangen ist. Wir haben wiederholentlich Gelegenheit gehabt, mit Mooren derartige Fälle gemeinsam zu sehen und uns von der Bedeutung dieses Folgezustandes chronischer Beckenentzündungen zu überzeugen.

Es stimmt vollständig mit unseren eigenen Erfahrungen überein, dass die Prognose der chronischen Perimetritis weniger günstig ist als die der Parametritis.

Zu der Punction perimetritischer Ergüsse haben wir nur sehr selten Veranlassung gefunden. Die Bedenken gegen das Schultze'sche Verfahren zur Sprengung perimetritischer Verwachsungen hätten wir gern etwas stärker hervorgehoben gesehen: wenn in der Hand Erfahrener, über alle Mittel klinischer Fürsorge Gebietender gewiss die gefahrvollen Folgezustände nach derartigen Manipulationen unter Controlle gehalten werden können, so können wir doch nicht umhin zu besorgen, dass in der Hand Ungeübter recht schlimme Erfahrungen dabei gemacht werden: einige Beispiele aus der consultativen Praxis berechtigen uns zu dieser Bemerkung.

Die Castratio uterina wird mit vollem Recht als Ultimum Refugium hingestellt; unsere eigenen Erfahrungen bestätigen das vollauf.

Die allgemeine Beckenbauchfellentzündung wird je nach ihrer puerperalen, post. operativen, gonorrhoischen, tuberkulösen und nach der Entstehung aus der Perforation von Unterleibsorganen gewürdigt. Die Arbeiten von Kroenig, Menge und Wertheim finden ihre volle Berücksichtigung. W. führt an, dass Menge in 10 pCt. der Eitertuben den Bacillus tuberculosis gefunden habe. Nach unseren Erfahrungen darf daraus kein Schluss auf die Häufigkeit der Tuberculose des Peritoneum gezogen werden.

Sehr beachtenswerth erscheinen die Versuche, aus dem klinischen Bild die Anhaltspunkte für die Beurtheilung der Aetiologie der einzelnen Erkrankungsformen zu gewinnen: einen Theil unserer eigenen Fälle konnten wir gut in die einzelnen Rubriken einregistriren, doch war für eine Anzahl anderer der Symptomencomplex zu wirr oder zu unbestimmt, sodass gewiss erst weitere Erfahrungen hier Klarheit bringen werden.

Winckel selbst hebt hervor, dass die Indikationen der operativen Behandlung durch das vorliegende Material noch nicht definitiv entschieden werden. Für die puerperale, progrediente diffuse Peritonitis sollte, nach den glänzenden Erfahrungen der Operation bei eitrigen Pleura-Exsudaten, die Hoffnung auf gute Erfolge bei ähnlichem Vorgehen berechtigt erscheinen. Nach den bisher veröffentlichten Fällen ist das Resultat (21 pCt. Genesungen) schlechter als das der spontan genesenen Fälle (26,4 pCt.). Sicher wäre es verfehlt, daraus Schlüsse zu ziehen. Weitere Erfahrungen müssen erst die Entscheidung bringen. Den mitinficirten Uterus ohne Weiteres mitzuentfernen halten wir mit Winckel für unmotivirt, da in solchen Fällen mit ihm keineswegs alle Schädlichkeiten und Eiterheerde entfernt werden. Unheilbar erkrankte Adnexmassen müssen entfernt werden; gegen die Entfernung des Uterus kommt nach unserer Erfahrung noch in Betracht, dass damit unzweifelhaft die Bedeutung des operativen Eingriffs gewaltig gesteigert wird.

Gewiss liegt theoretisch kein Grund vor, die Behandlung der Peritonitis post operationem, die Entfernung des Eiters durch eine Wiedereröffnung der Bauchhöhle nicht als rationell zu bezeichnen; leider lehrt die Erfahrung, dass der Erfolg nur zu häufig ausbleibt. Das Warum? ist zur Zeit noch unerfindlich. Ob die Empfehlung des Verf.: nach Entleerung des Eiters zu drainiren, günstigere Resultate zeitigen wird, bleibt abzuwarten. Ref. hat den Muth hierzu noch nicht wieder gefunden.

Die gonorrhoische Peritonitis erfordert nur selten die Eröffnung der

Bauchhöhle; dann würde besonders der Ausgangspunkt zu entfernen sein, auf vaginalem oder abdominalem Weg. Dieser Satz Winckel's dürfte ebenso wie der bezüglich der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis wohl allseitiger Zustimmung sicher sein; Koeliotomia abdominalis. Mit vollem Recht betonte W., dass man Heilesultate erst in fünf Jahren feststellen solle; erst dann ist Genesung als sicher anzusehen.

Den Eingriff bei Perforationsperitonitis will W. — und darin stimmen wir ihm gewiss alle bei — je nach den Ursachen verschieden gestalten. Während die serös-fibrinös eitrigen, nicht jauchigen Exsudate. Sactosalpingen, Ovarialtumoren, incl. der Dermoide, noch Aussichten bieten, erscheinen nach dem heutigen Standpunkt unserer Kunst die Fälle an Perforation jauchiger Abscesse unrettbar, selbst wenn rasch und sicher aseptisch operirt wird.

In seinem Schlusswort empfiehlt Winckel die Koeliotomia abdominalis zur Entleeruug massiger Exsudate, die Koel. vag. post, wenn sich die Exsudate im Douglas finden. Liegen hier massige Verwachsungen, während die Plica vesico-uterina frei ist, dann giebt W. Kolpot. ant. den Vorzug.

Mit besonderer Genugthuung schliessen wir uns der Empfehlung Winckel's an, die Operation so conservativ wie möglich zu gestalten. Winckel spricht sich als erster deutscher Kliniker rückhaltlos dafür aus, ev. auch kleine Theile der Ovarien zu erhalten und atretische Tuben zu öffnen, wofür wir so lange, ohne die volle Zustimmung unserer Fachgenossen zu finden, gekämpft haben. Auch für Winckel ist die Radikaloperation (Entfernung auch des Uterus) den sehr seltnen Fällen ausgedehntester Jauchung des Uterus und anderweiter schwerer Erkrankung desselben, den Fällen von recidivirender, chronischer, diffuser und lokaler Peritonitis mit Durcheiterung des kleinen Beckens vorzubehalten.

Das vorliegende Buch ist ein Merkstein auf dem Entwicklungswege der Behandlung der so schwer zugänglichen Entzündungsprocesse im Becken. Von ihm wird weitere fruchtbringende Anregung ausgehen: es ist ein rechtes Wort zur rechten Zeit! A. Martin.

Franz Ludwig Neugebauer, Die Fremdkörper des Uterus. Zusammenstellung von 550 Beobachtungen aus der Litteratur und Praxis. Breslau 1897. Preuss u. Jünger.

Arbeiten, wie die vorliegende, nennt man compilatorische. Dieser Richtung wissenschaftlicher Thätigkeit etwas Geringschätziges anzuhängen, wäre etwa ebenso verkehrt und ungerecht, als wollte man beispielsweise der historischen Quellenforschung, der Litteraturgeschichte und noch mancher anderen Disciplin deswegen den Titel Wissenschaft versagen, weil nicht Eigenes gebracht, sondern Fremdes zusammengestellt und commentirt wird. Auch wir können die compilatorische Sammelarbeit nicht entbehren und, wenn wir etwas bedauern, so ist es, dass wir nicht noch mehr Leute haben, welche auf diesem schwierigen und entsagungsvollen Gebiete Kraft und Zeit opfern, wie Neugebauer der Jüngere, welcher vermöge einer gewissen hereditären Begabung und Neigung dermalen geradezu als Alleinbeherrscher auf demselben dasteht.

Man stelle sich nur vor, dass alle casuistischen Mittheilungen in gleicher Art gesichtet und zusammengestellt würden, wie es Neugebauer nun schon für mehrere Gruppen solcher in mustergültiger Weise gethan hat, um zu ermessen, welcher Vortheil für ihre Ausnutzung und weitere wissenschaftliche Verwerthung gewonnen würde.

Wer nun meint, in dem neuesten Werke Neugebauer's eine endlose und eintönige Aufzählung einiger Hunderte von Fällen zu finden, wird überrascht sein, zu bemerken, in wie geschickter Weise das riesige Material sortirt und nach klinischen Gruppen derart übersichtlich geordnet ist, dass jede derselben leicht auffindbar ist und neue Beobachtungen bequem eingereiht werden können. Dies wird auch noch weiter ermöglicht durch ein Inhaltsverzeichniss mit abgekürzter Angabe der Besonderheit des Einzelfalles.

Neugebauer theilt das Gebiet der Fremdkörper des Uterus in folgende acht Gruppen:

I. Von aussen her in die Uterushöhle absichtlich eingeführte oder zufällig eingedrungene Fremdkörper, Pessarien, Instrumente, Sonden, allerhand behufs Aborteinleitung und Masturbation eingeführte Fremdkörper.

II. Parasiten in der Uterushöhle: Echinococcus u. s. w.

III. Aus dem Körper auf dem Wege der Perforation der Uteruswand in die Uterinhöhle eingetretene Fremdkörper: Faeces, Harn, Eiter, Producte durchgebrochener Neoplasmen, Ovarialcysten, Extrauterinschwangerschaften, parametrische Abscesse.

IV. Nach Uterusruptur oder instrumenteller Perforation in den Uterus eingetretene Darmschlingen.

V. In der Uterushöhle retinirte Secrete und deren Producte bei Haematometra, Lochiometra, Hydrometra, Pyometra und die Gasansammlung bei Physometra.

VI. Vom Uterinmutterboden gebildete und theilweise gelöste Neoplasmen und deren Verkalkungsproducte, die sog. Uterussteine.

VII. Die sog. Haargeschwülste des Uterus.

VIII. Retinirte Schwangerschaftsproducte bei missed abortion, missed labour, Zurückhaltung abgestorbener Früchte, einzelner Fruchttheile, der Placenta, Eihäute u. s. w.

Man sieht, Neugebauer fasst den Begriff „Fremdkörper des Uterus" in einem sehr weiten Sinne; doch wird man darüber gewiss weniger rechten, als wenn es umgekehrt wäre.

Die V. Gruppe wird allerdings nur in der Eintheilung aufgeführt. Man kann Neugebauer gewiss nur zustimmen, dass sie besser von einem andern Standpunkte aus betrachtet werde. Auch hat er die Casuistik des Eintretens von Darmschlingen in den Uterus nach Ruptur sub partu noch nicht zusammengestellt.

Die grösste Gruppe ist die VIII., Retention von Schwangerschaftsproducten. Sie umfasst, die Fälle von 180—550, abgerechnet eine Anzahl Nummern von Nachträgen für die anderen Gruppen. Das Kapitel „Missed abortion" zählt allein 260 Beobachtungen. — Sehr dankenswerth ist auch das Schlusskapitel über Spätgeburt — Partus serotinus — mit 36 neueren Beobachtungen, die unter die 550 Gesammtfälle nicht inbegriffen sind.

Diese wenigen Hinweise werden genügen, um mit Freuden zu erkennen, welchen werthvollen Besitz wir in diesem neuesten mühevollen, erstaunlich fleissigen Werke Neugebauer's gewonnen haben. In keiner Fachbibliothek sollte es fehlen, und auch um deswillen sollte seine Anschaffung eine recht allseitige werden, weil solche Werke von den Verlegern nicht gern übernommen werden und auch ein buchhändlerischer Erfolg neben dem unbestritten litterarischen eine Aufmunterung für den Autor wäre, dem, im besten Sinne, compilatorischen Arbeiten treu zu bleiben.

Sänger.

A. Czempin. Die Technik der Chloroformnarcose für Aerzte und Studirende. Berlin 1897. Otto Enslin.

Das Hauptgewicht bei der Technik der Chloroformnarcose liegt in der sorgfältigsten Beobachtung des Pupillarreflexes. Beim Beginn der Narcose erfolgt zunächst eine Erweiterung der Pupille, die auf Lichteinfall deutlich reagirt. Allmählich tritt mit dem Schwinden des Bewusstseins eine Verengerung der Pupille ein, bis bei intensiver werdender Narcose der Normalpunkt erreicht wird. Dieser ist charakterisirt durch die gänzlich verengte reactionslose Pupille. Schmerzempfindung und Muskelthätigkeit sowie Bewusstsein sind vollständig aufgehoben, andererseits besteht keine Gefahr für das Leben des Narcotisirten. Lässt man jedoch über diesen Punkt hinaus weiter Chloroform einathmen, so erfolgt eine Erweiterung der Pupille, welche alsdann auf Licht nicht mehr reagirt. Die Pupille erweitert sich ad maximum, die Athmung wird oberflächlicher und hört schliesslich ganz auf, das Herz steht still und der Tod tritt ein. Diese einzelnen Phasen der Narcose kennzeichnet der Verf. sehr übersichtlich auf einer beigegebenen Tafel.

Auf einer horizontalen Linie steht links am Anfang das Erwachen, rechts am Ende der Tod. Etwa in der Mitte, doch etwas mehr nach rechts gelegen ist der Normalpunkt. In einer gewissen Entfernung davon nach links befindet sich die weite Pupille mit Reflex, nach rechts die weite reactionslose Pupille. Ein gewisser Raum, der gleichmässig vor und hinter dem Normalpunkt gelegen ist. wird als Narcosenbreite bezeichnet.

Diese ist sehr wechselnd und verschieden bei den einzelnen Individuen. Es ist die Aufgabe des Narcotisirenden, sich rasch und sicher über die Narcosenbreite des Patienten zu orientiren, in welcher er denselben während der ganzen Narcose zu erhalten bemüht sein muss. Ein aufmerksamer Beobachter kann jederzeit an dem Pupillarreflex erkennen, in welchem Stadium der Narcose sich der Chloroformirte befindet.

Weniger Werth ist auf den Cornealreflex zu legen, welcher normaler Weise zwar am Normalpunkt erloschen ist, ausnahmsweise aber auch darüber hinaus fortbesteht und zu Täuschungen Anlass geben kann. Ausserdem aber ist auch das öftere Prüfen desselben für die Cornea schädlich und der Cornealreflex selbst nicht immer deutlich.

Nächst der Pupillenreaction ist während der ganzen Narcose die Athmung des Narcotisirten genau zu beobachten. Gestört wird diese hauptsächlich durch schlechte, unpassende Lagerung des Kopfes, Behinderung der Nasenathmung, Zurückfallen der Zunge, Anwesenheit von Flüssigkeit im Nasen-Rachenraum etc.

Die Ursachen der behinderten Athmung sowie deren Vermeidung und Beseitigung werden näher beschrieben. Ist durch Ueberschreiten der Narcosenbreite Athmungsstillstand eingetreten, so kann der Patient noch durch Zuführen von frischer Luft, durch künstliche Athmung gerettet werden. Bei Herzstillstand ist eventuell Herzmassage zu versuchen.

Den Puls des Narcotisirten zu prüfen, ist bei normal verlaufender Narcose kaum nöthig. Es empfiehlt sich, vor der Narcose sich über die Qualität des Pulses zu orientiren, um bei Zwischenfällen während der Operation dessen frühere Beschaffenheit zu kennen.

Ist der Patient rechts vom Normalpunkt angelangt, also übernarcotisirt worden, so ist am Pulse zu prüfen, ob bereits ein Herzstillstand oder nur ein Athmungsstillstand stattgefunden hat. Zu achten ist auch auf den Puls bei Beginn der Narcose wegen Gefahr einer Herzlähmung in diesem Stadium, sowie ferner bei grossen Blutverlusten während der Operation und bei Eingriffen, welche starke Shockwirkungen hervorzurufen geeignet sind.

Der Tod in der Narcose kann eintreten durch Vergiftung mit Chloroform oder durch Insufficienz der vitalen Organe des Patienten. Die Vergiftung kann stattfinden durch eine Ueberdosirung mit Chloroform oder indirect veranlasst durch behinderte Athmung in der Narcose, in beiden Fällen also durch Unachtsamkeit oder durch Unkenntniss des Narcotisirenden. Verf. glaubt, dass ein grosser Theil der Chloroformtodesfälle in diese Kategorie gehört.

Eine andere Todesart, der sogenannte Herztod, in der Narcose kann ebenfalls oft, wenn auch nicht immer durch gute Technik bei Beginn der Narcose vermieden werden.

Nicht der Chloroformnarcose, sondern der Insufficienz der vitalen Organe sind die Todesfälle in der Narcose zuzuschreiben, wenn Verletzungen oder anhaltende Krankheit den Gesammtorganismus so geschwächt haben, dass der Tod auch ohne Narcose stündlich zu erwarten war. Das Narcoticum kann allerdings dabei manchmal beschleunigend wirken. Ebenso ist auch der Tod nach der Narcose aufzufassen.

Zuletzt spricht sich Verf. noch gegen die Tropfmethode der Chloroformnarcose aus. Da die Wirkung des Chloroforms bei den verschiedenen Menschen durchaus verschieden ist, ja sogar die einzelnen geschilderten Phasen in der Narcose sehr verschieden schnell bei den einzelnen Individuen auftreten, so ist es unstatthaft, schablonenmässig in der Minute eine gewisse Anzahl von Tropfen aufzuträufeln, oder gar dies durch Apparate selbstthätig besorgen zu lassen. Die Einführung der Tropfmethode hat aber insofern einen Fortschritt in der Technik der Chloroformnarcose zu bedeuten als sie sich gegen die Anwendung zu grosser Mengen Chloroforms wendet, welche unnöthig und höchst schädlich sind. Ortweiler (Leipzig).

Tagesnachrichten und Notizen.

John Braxton Hicks †.

1823—1897.

Die Kunde von dem Ableben dieses Mannes erweckt auch in Deutschland die grösste Theilnahme. Kein englischer Geburtshelfer dieses Jahrhunderts, mögen andere auch Grösseres, Umfassenderes geleistet haben, hat eine solche Popularität errungen, wie Braxton Hicks, dessen Namen schon jedem Studenten geläufig, jedem praktischen Geburtshelfer als der des Erfinders der combinirten Wendung immerfort in Erinnerung gebracht wird.

John Braxton Hicks, ein Londoner Kind, machte seine Studien mit Auszeichnung an Guy's Hospital und fast seine ganze wissenschaftliche Laufbahn spielte sich an diesem Krankenhaus und seiner Medicinschule ab, dem er seit 1858 als „Assistent Obstetric physician", seit 1870 als „Obstetric physician", und seit 1882 als „Consulting Obstetric physician" angehörte, welche Stellung er auch noch an einigen anderen Anstalten bekleidete.

Unter seinen vielen Leistungen vorwiegend auf geburtshülflichem Gebiete sind seine Arbeiten über die combinirte Wendung durch innere und äussere Handgriffe (veröffentlicht in den Londoner Transactions, dann als Monographie bei Longman [London, 1864], deutsch von Kueneke, 1865) von epochaler Bedeutung. Immer höher wurde dieses Verfahren im Laufe der Jahre bewerthet, namentlich seit sich die „Berliner Methode" der Behandlung der Placenta prävia, die im Wesentlichen auf der combinirten Wendung von Braxton Hicks aufgebaut ist, ihre feste Stellung errungen und immer grössere Verbreitung findet.

Br. H. war mit einer aussergewöhnlich kleinen Hand ausgestattet. Recht wohl mag dieser glückliche Umstand, dem heutzutage in der Aera der Asepsis nicht mehr so viel Werth als Attribut eines geschickten Geburtshelfers beigemessen wird, etwas an der Erfindung und der Ausbildung seines Verfahrens mitgewirkt haben.

Seine reichen Erfahrungen über Craniotomie führten Br. H. zur Construction einer neuen Cephalotribe, die in England sehr geschätzt wird, bei uns aber keine Verbreitung gefunden hat.

Von grosser Wichtigkeit für die Physiologie des schwangeren Uterus sowie für die Differenzial-Diagnose der Schwangerschaft war der von Br. H. gelieferte Nachweis von den intermittirenden Contractionen während der ganzen Schwangerschaft.

Mitglied (später Ehrenmitglied) der „Royal Society", sowie der Linné-Gesellschaft, hat Br. H. auch eine Anzahl naturwissenschaftlicher Abhandlungen botanischen und zoologischen Inhalts veröffentlicht. Leicht könnte man hieraus zu dem Schlusse gelangen, die Geburtshülfe habe ihn als Forschungsgebiet nicht befriedigt, doch wird dies gerade durch die Abwechslung, in welcher seine Arbeiten, bald aus jenen Gebieten, bald aus der theoretischen Geburtshülfe (wie über die Anatomie der menschlichen Placenta, über die Hülfskräfte des Blutumlaufes im Uterus sowie in der Bauchhöhle des Menschen u. a. m.), widerlegt.

Seine gynäkologischen Arbeiten (über Blumenkohlgewächse, über Uteruspolypen u. a.) sind, wie meist bei englischen Geburtshelfern, denen vermöge ihres Bildungsganges und Wirkungskreises bisher die Gynäkologie ferner lag, von geringem Belang. —

Im persönlichen Umgange zeichnete Braxton Hicks eine bezaubernde Liebenswürdigkeit und würdevolle Bescheidenheit aus, deren herzgewinnendem Einfluss sich Niemand entziehen konnte, der sich ihm nahen durfte. Er beherrschte die deutsche Sprache vollkommen, kannte und

schätzte die deutsche Litteratur und kam gerade den jungen Aerzten aus Deutschland besonders freundlich entgegen, wenn sie in Guy's Hospital seinen Vorträgen, Visiten und Operationen folgten.

Vor 3 Jahren hatte Braxton Hicks seine praktische Thätigkeit aufgegeben und sich in die Stille seines Landsitzes „the Brockens", Lymington, zurückgezogen, wo er nach längerem Krankenlager an einem Herzleiden, das sich an Influenza angeschlossen hatte, am 28. August verstarb.

Wie natürlich, ist der Einfluss von Braxton Hicks auf die englische Geburtshülfe ein viel tieferer als auf die der übrigen Länder, welche es zu einer selbstständigen Blüthe des Faches gebracht haben: was aber von diesen endgültig angenommen wurde, insbesondere die combinirte Wendung, wird ihm für alle Zeiten die Glorie eines Classikers der Geburtshülfe sichern.

S.

Gestorben am 27. August im Alter von 60 Jahren **Eduard Ritter von Hofmann,** Professor der gerichtlichen Medicin an der Wiener Universität, Verfasser des ausgezeichneten, in mehreren Auflagen erschienenen Lehrbuches der gerichtlichen Medicin sowie zahlreicher geburtshilflich-forensischer Arbeiten, von denen hervorgehoben seien die „über vorzeitige Athembewegungen", „über die natürlichen Spalten- und Ossificationsdefecte am Schädel des Neugeborenen", „über die Verblutung aus der Nabelschnur", „über den Effekt künstlicher Respiration, insbesondere der Schwingungen der Neugeborenen", „Zur Casuistik der intrauterinen Verletzungen der Frucht und der Befunde, die dafür gehalten werden können" u. a. m.

Möchte doch das etwas in den Hintergrund gedrängte Fach der gerichtlichen Geburtshülfe gleich ausgezeichnete Vertreter finden, wie E. v. Hoffmann Einer gewesen ist.

Inzwischen ist Dr. Albin Haberda zum ausserordentlichen Professor der gerichtl. Medicin ernannt worden und übernimmt auftragweise den durch E. v. Hofmann's Tod erledigten Lehrstuhl der gerichtl. Medicin.

Wir brachten in der vorigen Nummer der Monatsschrift die Nachricht, dass Herr **Paul Ruge** zum **Medicinal-Assessor** in dem Medicinal-Collegium der Provinz Brandenburg ernannt worden sei. Diese Ernennung hat aus dem Grunde eine besondere Bedeutung, die hervorgehoben zu werden verdient, weil bisher die geburtshilflich-gynäkologischen Sachen aus dem Geschäftsbereich der gerichtlichen Medicin in dem genannten Collegium — wie wohl vielfach in Preussen — von Nicht-Fachleuten bearbeitet worden sind. Nur zu oft waren diese mit der heutigen Entwicklung der Geburtshülfe und Gynäkologie nicht vertraut; die Folge war, dass in foro sehr peinliche Divergenzen ihrer Gutachten mit denen anderweiter Sachverständiger offenbar wurden. Es ist als ein sehr erfreulicher Fortschritt zu begrüssen, dass hier für die Provinz Brandenburg nun ein Fachmann ersten Ranges berufen worden ist. Uns scheint diese Berufung unseres verrehrten Mitarbeiters aber auch noch aus dem Grunde hocherfreulich, weil dadurch mit der alten Dienstpragmatik gebrochen wurde, indem ein Gelehrter für diese speciellen Aufgaben berufen worden ist, der nicht dem Kreise der Gerichts-Physiker angehört.

Privatdocent Dr. Eugen Winternitz in Tübingen ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Die gynäkologische Abtheilung auf der Braunschweiger Naturforscher- und Aerzteversammlung war offenbar wegen der vorausgegangenen Congresse in Leipzig und Moskau ziemlich schwach von Fachgenossen besucht; auch war die Corona von praktischen Aerzten eine gegen sonst recht spärliche. Das hatte den Vortheil zur Folge, dass Vor-

träge und Discussion sich ohne Hast abwickelten. Wir haben über dieselben an anderer Stelle berichtet.

Die in den letzten Jahren eingeführten gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen haben sich auch in Braunschweig ausgezeichnet bewährt, Dank besonders ihrer vortrefflichen Vorbereitung. Die gemeinsame Sitzung der Abtheilungen für Zoologie, Anatomie und Geburtshülfe, in welcher das Thema „Die Placenta und ihre Eihüllen" behandelt wurde, nahm denn einen besonders gelungenen, mustergültigen Verlauf. Die Fülle des vorgebrachten Materials, die Erläuterung durch allseitig sichtbare, prächtige Tafeln; die Demonstrationen mittels eines neuen eigens von Zeiss gelieferten Skiopticon hielten alle Anwesenden so in Spannung, dass die schliessliche Verkündigung der zum Schluss vorgerückten Zeit kaum Beachtung fand. Durch reichen Beifall wurden besonders die Herren Siegenbeck van Heukelom aus Leiden und Hubrecht aus Utrecht ausgezeichnet.

Auch die gemeinsame Sitzung der Abtheilungen für Kinderheilkunde, für Dermatologie und Syphilis und für Geburtshülfe über „Das Colles'sche Gesetz und die Frage des Choc en retour" mit den Herren Hochsinger (Wien), Finger (Wien) und Rosinski (Königsberg i. Pr.) als Referenten nahm einen höchst anregenden Verlauf, aus welchem das „Colles'sche Gesetz" etwas erschüttert hervorging.

Für künftige Versammlungen dürfte es sich empfehlen, für gemeinsame Sitzungen nicht mehr als je einen halben Tag anzusetzen, damit die Sitzungen der Einzelabtheilung für Geburtshülfe und Gynäkologie nicht wie diesmal einen ganzen Tag zu pausiren genöthigt werden.

Mittwoch Nachmittag wurde das neugebaute, prächtige Entbindungshaus im Herzoglichen Krankenhaus unter Führung des Directors, Herrn Prof. Ehlers, besichtigt. Eine Beschreibung dieser Anstalt findet sich in der von der Stadt Braunschweig den Theilnehmern an der Versammlung gewidmeten Festschrift.

Dem Einführenden unserer Abtheilung, Herrn Prof. Ehlers, sowie den beiden Schriftführern Dr. Krukenberg und Dr. Wille ward gebührender Dank zu Theil für ihre vortrefflichen Anordnungen, die sich über das Wissenschaftliche hinaus auch auf das Gesellige und Gemüthliche erstreckten. —

Den Freunden der Versammlungen deutscher Naturforscher und Aerzte braucht nicht um ihre Zukunft bange zu sein, trotz des neuen Statuts, auf welches Manche einen gewissen Rückschritt schieben möchten. In Braunschweig hat sich wieder einmal gezeigt, welche Lebenskraft ihnen innewohnt.

Möge die jedesmalige Organisation nur stets den Zeitläuften und den sie bewegenden Fragen angepasst werden, so werden die Versammlungen mit ihrem zunehmenden Alter sich immer wieder verjüngen.

Zum Vorort für die nächste Versammlung wurde Düsseldorf gewählt.

Litteratur-Verzeichniss.

I. Geburtshilfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Frank, Louis; Keiffer; Maingie, Louis, L'assurance maternelle. Henri Lamertin. Bruxelles 97.

Kjelsberg, Beretning om Kristiania födselsstiftelses virksomhed i 1891—1895. (Bericht über die Wirksamkeit d. Entbindungsanstalt in Kr.) Norsk. Mag. for Lægev. 4. Række. XII. B. No. 9. 97.

Meurer, R. J. Th., Mededeeling der gevallen voorgekomen in de Stedelijke Kraaminrichting te Amsterdam gedurende het jaar 1896. Neederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. III. 97.

Unia Steyn Parré, W. F., Negentiende Jaarverslag van de Vereeniging tot het verleenen van buitengewone verloskundige hulp voor den kleinen burgerstand te 's Gravenhage 'van 1. Juli 1894 — ultimo Juni 1895,. Neederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. I. 97.

2. Allgemeines.

Boyer, Contribution à l'étude des grossesses multiples 'et, en particulier, des grossesses multiples univitellines) dans une cavité amniotique unique. Thèse de Paris. 97.

Dougal, Bissel, The effects of hereditary syphilis upon the placenta, the cord, the fœtus and the child. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Dorn, Levy, Die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Geburtshülfe. Deutsche Med. Woch. No. 35. 97.

Horigan, Some moral and scientific aspects of abortion. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Jaworski, Ueber die schwere Anämie Schwangerer. Centralblatt f. Gynäkologie No. 31. 97.

Jullien, Documents statistiques concernant l'étude des grossesses gémellaires. Thèse de Paris. 97.

Levy, M., und *Thumim, L.*, Beitrag zur Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Geburtshülfe. Deutsche Med. Woch. No. 32. 97.

Monthyel, Marandon de, Zwei Fälle von eingebildeter Schwangerschaft aus Furcht vor einer solchen mit sofortigem Wiedereintritt der Periode auf Wachsuggestion. Der Frauenarzt. 8. Heft. August 97.

de Rihier, Les sages-femmes en France; ce qu'elles ont été, ce qu'elles sont, ce qu'elles devraient être.. Essai historique et critique. Thèse de Paris. 97.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Barone, A., Un caso raro di distocia pelvica per voluminoso angioma cavernoso del 3.° superior della faccia antero-interna della faccia del feto. Arch. di Ost. e Gin. Agosto. No. 8. 97.

Bennett, Puerperal albuminuria and the action of sulphate of quinine on the gravid uterus. The Lancet. No. 3862. 97.

Boerner, E., Das Puerperalfieber in der geburtshülflichen Klinik des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin 1885—94. Diss. Berlin 97.

Craik, Note on two cases of auto-intoxication and pregnancy. The Lancet. No. 3859. 97.

Douty, E. H., Observations on cases of pregnancy, complicated by kidney affection. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Dixon Jones, Mary A., Diseased ova. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. of Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Ferroni, Il parto podalico nella Clinica ostetrica di Pavia. Ann. di Ost. e Gin. Agosto 97. No. 8.

Fieux, Cinq observations relatives au traitement de l'hémorrhagie par insertion basse du placenta. Ann. de Gyn. et d'Obst. Tome XLVIII. Août 97.

Franqué, Otto v., Ueber histologische Veränderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum Tode der Frucht. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVII. Band. 2. Heft.

Griffith and *Lea*, On breech presentation with extended legs. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXIX. Part. I. January-February 97.

Guicciardi, Contributo allo studio dell'infarto bianco della superficie fetale della placenta. Ann. di Ost. e Gin. Agosto 97. No. 8.

Kreitmair, Inversio uteri puerperalis. Münch. Medicin. Wochenschrift. No. 34. 97.

Louthokhine, Un cas de môle vésiculeuse dans une grossesse gémellaire. Ann. de Gyn. et d'Obst. Tome XLVIII. Août 97.

Maclennan, Alex, Notes of two cases of dystocia arising from relative shortening of the umbilical cord. Brit. Med. Journ. No. 1912. 97.

Meyer, H., Ein Fall von vollständigem Verschluss des Genitalschlauches in der Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. No. 34. 97.

—, Ein Fall von Oedema acutum cervicis parturientis. Centralbl. für Gyn No. 35. 97.

Müller, L., Eine Geburt bei Uterus septus. Diss. Marburg 97.

Prélesoff, Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la rupture prématurée spontanée des membranes, à partir du sixième mois de la grossesse. Thèse de Nancy. 97.

Rawlings, A case of puerperal septicæmia treated with antistrepto-coccic serum; death. The Lancet. No. 3858. August 97.

Routh Amand, Parturition during paraplegia, with cases. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXIX. Part. III. June-July 97.

Ruegenberg, F., Die Methoden der Behandlung bei unstillbarem Erbrechen Schwangerer. Diss. Bonn 97.

Rumpf, Uterine fibromata in pregnancy, with report of a case. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. XI. No. 1. July 97.

Schönewald, E.. Zur Lehre von der Placenta praevia. Diss. Berlin 97.

Spence, Ein Fall von Geburtsbehinderung durch eine kongenitale Nierenerkrankung. Der Frauenarzt. 8. Heft. August 97.

Velde, Th. H. van de, Experimenteele onderzoekingen over de auto-intoxicatie der zwangerschap. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. I. 97.

Webster, The changes in the uterine mucosa during pregnancy and the attached fœtal structures. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. XI. No. 1. July 97.

Weiller, Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance dues à des plaies du canal génital. Thèse de Nancy. 97.

Weiss, O. v., Zur Frage der Placenta praevia cervicalis. Centralbl. f. Gyn. No. 33. 97.

4. Enges Becken.

Dobbin, George W., The frequency of contracted pelves in the obstetrical service of the Johns Hopkins hospital. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Retze, W., Ueber die Beziehung der Gesichtslage zum engen Becken. Diss. Bonn 97.

5. Geburtshilfliche Operationen. Abortus. Operationen im Wochenbett.

Ayers, Edward A, The pubic symphysis in parturition. With a report of cases of symphysiotomy and of traumatic and spontaneous rupture of the joint. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Blacker, G. J., The treatment of placenta prævia by Champetier de Ribes. bag. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXIX. Part. II March-April-May 97.

Boesebeck, G., Ueber den Dammschutz bei normalen Schädellagen. Diss. Berlin 97.

Cosentino, G., Operazione cesarea con conservazione dell'utero e asportazione delle ovaia. Arch. di Ost. e Gin. Agosto. No. 8. 97.

Dixon, Arch, Cesarean section under difficulties. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Dönhoff, Eine Porro'sche Operation, indicirt durch vorhergegangene Vaginofixatio. Centralbl. f. Gyn. No. 36. 97.

Gelderblom. Constance A., Over de keuze van den voet, voor keering bij dwarsligging. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. II. 97.

—, Nog iets over de keuze van den voet voor keering bij dwarsligging. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. III. 97.

Gillespie, William, Forceps rotation in occiput posterior positions of the vertex. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Goldberg, A plea for uterine curettage as a routine measure after abortion before the thirth month. Buff. Med. Journ. Vol. XXXVII. No. 1. August 97.

Hadot, Du curettage digital dans l'avortement. Thèse de Nancy. 97.

Herff, v., Kephalotripsie oder Kranioklasie? Münch. Medicin. Wochenschrift No. 35. 97.

Mandelstamm, Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind. Centralblatt für Gynäkologie No. 32. 97.

Marchthurn, Alfred Valenta v., Beiträge zur operativen Therapie bei Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Myomen. Wien. klin. Wochenschr. August 97. No. 31.

Mills, On the indications for and method of washing out the puerperal uterus. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 11. August 97.

Neumann, F., Ueber Behandlung der Gesichtslagen. Diss. Erlangen 97.

Riddett, A. J., A case of cæsarean section for cyesis complicated by malignant disease of the rectum. The Lancet. No. 3862. 97.

Stuhl, C., Anwendung der hohen Zange in der königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin für die Zeit vom 1. Januar 1890 bis zum 31. Dez. 1895. Diss. Berlin 97.

Treub, Hector Over de keuze van den voet, voor keering by schouderligging. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. II. 97.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Cohn, Doue cazuri de sarcina extrauterina complicate de ematocel. Rev. de Chir. Tomu I. No. 4. Julie 97.

McCormack, Arthur J., Early diagnosis and treatment of ectopic gestation. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Dunning, L. H.. Ectopic gestation. A consideration of the intraligamentous, retroperitoneal form. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Giles, A. F., Two unusual cases of tubal gestation: the one causing chronic intestinal obstruction and accompanied by a haematosalpinx of the non gravid tube; the other simulating retroversion of the gravid uterus. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXIX. Part. III. June-July 97.

Kouwer, Een geval van ovariaalzwangerschap (zwangerschap in en Graaf schen follikel). (Met 2 Afbeeld.) Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. III. 97.

Roesky, F., Ueber Graviditas tubaria. Diss. Greifswald 97.

Rosenwasser, M., A. case of intraperitoneal gestation at term. Operation after death of fetus; recovery. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Smoler, Felix, Zur Casuistik der Schwangerschaft in einem rudimentären Uterushorne. Prag. Med. Wochenschr. August. No. 31. 97.

Strassmann, Die Entstehung der extrauterinen Schwangerschaft. Berliner Klinische Wochenschrift No. 36. 97.

Taylor, John W, A second case of „abdominal" pregnancy successfully treated by removal of child and placenta three months after death of child at term. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXIX. Part II. March-April-May 97.

Thomas, Lynn, Successful coeliotomies for an intraperitoneal rupture of a tubal gestation and two other uncommon pelvic tumours. Brit. Med. Journ. No. 1912. 97.

7. Eklampsie.

Falk, O., Partielle hydropische Degeneration der Placenta bei einer Eklamptischen. Centralbl. für Gyn. No. 36. 97.

Friedemann, Ueber die Behandlung der Eklampsie ante partum. Diss. Königsberg 97.

Gottheiner, A., Die Harngifte und die Urämie mit einem Beitrag zum Milchsäuregehalt des Blutes. Diss. Berlin 97.

Halbertsma, J., Bijdrage tot de verloskundige behandeling der eclampsia gravidarum et parturientium. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. II. 97.

Heady, James J., Eclampsia treated with large doses of morphia hypodermatically. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Lindfors och *Sundberg*, Bidrag till puerperal-eklampsiens klinik och patologiska anatomi. Med 1 tafla. Nord. Med. Ark. Band 30. 97. Heft VIII.

8. Osteomalacie.

Bartenstein, F. W., Ueber einen Fall von Osteomalacie mit besonderer Berücksichtigung der Entstehungstheorien. Diss. Freiburg 97.

Schnitzler, J., Ein Beitrag zur Organotherapie bei Osteomalacie. Deutsche Med. Woch. No. 37. 97.

9. Foetus. Neugeborenes. Laktation.

Ahlmeyer, E., Historisch-bibliographische Zusammenstellung der Methoden der Wiederbelebung Neugeborener. Diss. Marburg 97.

McClanahan, H. M., The etiology and significance of convulsions in children. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Czerny u. Keller, Aus welchem Bestandtheil der Milch entstehen die Säuren, welche beim magen-darmkranken Säugling die vermehrte Ammoniakausscheidung veranlassen? Centralblatt f. Innere Medicin. No. 31. 97.

Decio, Mostruositá fetale inedita. Ann. di Ost. e Gin. Agosto 97. No. 8.

Dujon, Monstre par fusion de deux fœtus de mouton. Ann. de Gyn. et d'Obst. Tome XLVIII. Aout 97.

Jewett, A monstrosity with sacrococcygeal cyst. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. XI. No. 1. July 97.

Jürgensohn, Ueber die Indicationsstellung bei den Magendarmkrankheiten der Säuglinge. St. Petersb. Med. Woch. No. 34. 97.

Muck, O., Beitrag zur Kenntniss der Acardiaci. Diss. Greifswald 97.

Oehlschlaeger, Dr. Knapp's geschichtliche Bemerkungen in No. 22 d. Bl über mein Verfahren zur Wiederbelebung Neugeborener. Centralbl. für Gyn. No. 36. 97.

Peaudecerf, Des soins à apporter au cordon ombilical chez le nouveau-né; nouvelle méthode de suture du cordon. Thèse de Paris. 97.

Struve, P., Eine Frucht mit Eventration und mehreren anderen Missbildungen Diss. Königsberg 97.

Williams, Acranial monster. Specimen and report of the case. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 12. September 97.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Mansell-Moullin, Twelve months' gynæcological work. The Brit. Gyn Journ. Part. L. August 97.

Treub, Hector, Integrale statistiek der groote operaties van 12 Mei 1896 tot 12 Mei 1897. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. III. 97.

van Tussenbroek, Catharine, Verslag van het behandelde in de vergaderingen van October tot December 1896 der Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging te Amsterdam. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. I. 97.

11. Allgemeines.

Bouilly, G., Des poussées congestives intermenstruelles. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. No. 4. Juillet-Août 97.

Buist, The dynamical equilibrium of the abdominal and pelvic organs. Part. II. The Scott. Med. and Surg. Journ. Vol. I. No. 9. September 97.

Dalché, Paul, Les métrorragies dans les maladies du cœur. La Sem. Gyn. No. 30. Juillet 97.

Dayot, Fils, Une maison de santé chirurgicale à Rennes. (10 Fig.) Arch. Prov. de Chir. Tome VI. No. 8. Août 97.

Giles, Arthur E., The cyclical or wave theory of menstruation, with observations on the variations in pulse and temperature in relation to menstruation. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXIX, Part. II. March-April-May 97.

Hirsch, Zur Behandlung der Bleichsucht mit kohlensäurehaltigen Soolbädern. Der Frauenarzt. 8. Heft. August 97.

Hoerschelmann, Ein Fall von vernachlässigtem Pessar. St. Petersb. Med. Woch. No. 34. 97.

Jacobs, Des injections de sérum artificiel. La Sem. Gyn. No. 31. Août 97.

Mallett, Notes on some of the symptoms of the menopause. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Manton, Post-operative insanity, especially in women. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 12. September 97.

Marsh, Marion, Intermenstrual phenomena, with theories. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Mrs. Scharlier, Surgery at the new hospital for women in 1896. Brit. Med. Journ. No. 1910. 97.

Stratz, C. H., Een en ander over gynaecologische massage. (Met Afbeeldingen en een Plaat.) Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. III. 97.

Südekum, H., Ueber den Einfluss der Fibromyome auf das Geschlechtsleben der Frauen. Diss. Marburg 97.

12. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Coe, The clinical value of microscopical examinations of specimens removed by the curette. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. XI. No. 1. July 97.

v. Franqué, Otto, Zur Tuberculose der weiblichen Genitalien. insbesondere der Ovarien. Zeitschr. für Geb. und Gyn. XXXVII. Band. 2. Heft. 97.

Goltman, M., A case of false hermaphroditism. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97

Gorkom, J. v., Ueber Atresia ani congenita mit abnormer Mündung des Darmes und die entwickelungsgeschichtliche Deutung derselben nebst Mittheilung eines Falles von Anus vulvo-vaginalis bei einer erwachsenen Frau. Diss. Königsberg 97.

Josefson, Deciduo-cellulära vegetationer i peritoneum. Nord. Med. Ark. Band 30. 97. B. VIII.

Meurer, R. J. Th., Uterus didelphys en Uterus bicornis. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. I. 97.

Segall, B., Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. No. 4. Juillet-Août 97.

13. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Binder, Hämatom der äusseren Genitalien. Centralbl. für Gyn. No. 33. 97.

Honan, J. H., Ueber die Carcinome der Glandulae Bartholini. Diss. Berlin 97.

Jung, J., Ueber einen Fall von Carcinom der Damm- und Aftergegend. Diss. Freiburg 97.

Labusquière, Du kraurosis de la vulve. Ann. de Gyn. et d'Obst. Tome XLVIII. Aout 97.

Neugebauer, Fr., Cinquante observations personnelles de kystes du vagin. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. No. 4. Juillet-Août 97.

Pichevin, R., et *Pettit, Auguste*, Leucoplasie vulvo-vaginale. La Sem. Gyn. No. 33. 97.

Stratz, C. H., Prolapsus vaginae anterior. Cystocele. Elongatio cervicis intermedia. Gewijzigde Müller'sche Prolapsoperatie. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. II. 97.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Asch, R., Zur Technik der Alexander-Adams-Operation. Centralbl. für Gyn. No. 35. 97.

Beck, Eine neue Methode der Hysteropexie. Centralblatt für Chirurgie. No. 33. 97.

Diriart, Raymond, Technique de M. Routier pour l'hystérectomie abdominale totale. Ann. de Gyn. et d'Obst. Tome XLVIII. Juillet et Aout 97.

Duret, H., Sur deux cas exceptionnels d'hystérectomie abdominale totale. La Sem. Gyn. No. 30. Juillet 97.

Fish, E. F., The uterus again. The Am. Journ. of Obst a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Fritsch, H., Ueber Retroflexionsbehandlung. Centralbl. für Gyn. No. 33. 97.

Harbin, Rapid dilatation of the uterus a conservative operation. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 11. August 97.

Hartmann, S. Henri, L'hystérectomie abdominale totale. Sa technique opératoire. Les indications. Ann. de Gyn. et d'Obst. Tome XLVIII. Juillet 97.

Helwig, L., Ueber Dysmenorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Dysmenorrhoea mechanica. Diss. Heidelberg 97.

Homans, The indications for and the technique of hysterectomy. The Am. Journ. of the Med. Scienc. Vol. CXIV. No. 3. No. 305. Sept. 97.

Jepson, W., Multiple fibroids of the uterus complicated by pregnancy; triplets; hysterectomy. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Kaufmann, Eduard, Ueber Phlebektasien des Uterus und seiner Adnexe. Zeitschr. für Geb. und Gyn. XXXVII. Band. 2. Heft. 97.

König, W., Die in der Hallenser Frauenklinik 1887—96 wegen Retroflexio uteri ausgeführten Ventrofixationen der Gebärmutter. Diss. Halle 97.

Lewers, A case of primary sarcoma of the body of the uterus („deciduoma malignum"?) in a patient twenty-four years of age, treated by vaginal hysterectomy. Transact. of the Obst. Soc. of Lond. Vol. XXXIX. III. Part. 97.

Mann, Matthew D., Intra-abdominal shortening of the round ligaments for posterior displacements of the uterus. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 12. September 97.

Noble, The development and the present status of hysterectomy for fibromyoma. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 11. August 97.

Peterson, Reuben, The use of the curette in puerperal and chronic endometritis. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Richelot, L'hystérectomie abdominale totale. Ann. de Gyn. et d'Obst. Tome XLVIII. Juillet 97.

Schacht, Complete inversion of the uterus — duration a fortnight — reduction by manipulation. The Brit. Gyn. Journ. Part. L. August 97.

Segond, Paul, (avec 3 figures) L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes; considérations sur son manuel opératoire et sur la supériorité du procédé américain. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. No. 4. Juillet-Août 97.

Stone, Twenty-five consecutive successful supravaginal hysterectomies for fibroid tumors. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Vineberg, Hiram N., Further experience with vaginal fixation of the round ligaments for backward displacements of the uterus. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. a. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Webb, Curtis, The operative treatment of displacement of the uterus. The Lancet. No. 3861. Aug. 97.

Westermark, Bidrag till frågan om den retroperitoneala stumpbehandlingen vid den supravaginala uterusamputationen för uterusmyom. Hygiea. Med. o. Farm Man. No. 8. Augusti 97.

Wisselinck, Adolf, Zur Therapie des Uteruscarcinoms. Zeitschr. für Geb. und Gyn. XXXVII. Band. 2. Heft. 97.

15. Ovarien. Tuben. Ligamente.

Amico-Roxss, Osservazione anatomo-clinica su di un caso di cisti dermoide supparata dell'ovaio con atresia di tutto il canale cervicale. Arch. di Ost. e Gin. Agosta. N. 8. 97.

Burrage, A case of ovariotomy during pregnancy. Patient five months pregnant; replacement of retrodeviated incarcerated fundus; normal labor at term. The Boston Medical and Surgical Journal No. 5. 97.

Clado, La salpingectomie à l'Hôtel-Dieu. La Sem. Gyn. No. 32. 97.

Cocquelet, Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large. Thèse de Paris. 97.

Hoeven, L. van der, Een geval van haemato-pyo-salpinx bij atresia vaginae acquisita. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. I. 97.

Kehrer, Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitt. Centralblatt f. Gynäkologie Nr. 31. 97.

Kingman, A case of double ovariotomy during pregnancy. Labor complicated by uterine inertia. The Boston Medical and Surgical Journal No. 5. 97.

Kippenberg, Zur Castrationsfrage. Centralblatt f. Gynäkologie Nr. 31. 97.

Meek, H., Primary adeno-carcinoma of both ovaries. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Meerdervoort, N. J. F. Pompe van, Het ovarium bij fibromyom van den uterus. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. I. 97.

Swain, A case of ovarian cystoma associated with prolapsus uteri, treated by ovariotomy and hysteropexy. Brit. Med. Journ. No. 1911. 97.

Tschirner. M., Zur Casuistik der doppelseitigen Ovarialdermoide mit besonderer Berücksichtigung des mikroskopischen Befundes derselben. Diss. Greifswald 97.

Walter, G. Th., Hydroparasalpinx in hernia inguinali externa. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. III. 97.

Wilson, Thomas, Chronic axial rotation of an ovarian cyst giving rise to extreme twisting of the elongated uterus. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXIX. Part. II. March-April-May 97.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Dixon. Jones Mary A., Laparotomy for diseases of women from 1879 to 1889. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 235. July 97.

Elting and *Calvert*, An Experimental Study of the Treatment of Perforative Peritonitis in Dogs by a New Method of Operation. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital No. 76. 97.

Emmet. Bache McE., Multiple myomata in the abdominal cavity. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. XI. No. 1. July 97.

Finney, Five Successful Cases of General Suppurative Peritonitis treated by a New Method. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital No. 76. 97.

Jordan, Furneaux, Clinical notes and observations on one hundred consecutive cases of abdominal section. The Brit. Gyn. Journ. b. the Journ. of the Brit. Gyn. Soc. Part. L. August 97.

Kahn, Ein Beitrag zum suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner. Centralblatt f. Gynäkologie No. 32. 97.

Knapman, A., 10 Fälle von Peritonitis tuberculosa aus der königl. chirurg. Universitätsklinik und dem St. Johannes-Hospital zu Bonn. Diss. Bonn 97.

Leake, H. K., Etiology of pelvic inflammation. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Perry, W. B., A modification of Doyen's method of abdominal total hysterectomy. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. a. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Renoux. Contribution à l'étude des collections séreuses pelviennes. Thèse de Nancy. 97.

Reynolds, The Choice between the Abdominal and Vaginal Incision in the Operative Treatment of Acute Pelvic Inflammations: with some Remarks upon the Technique of the Vaginal Operation. The Boston Medical and Surgical Journal No. 7. 97.

Senn. N., Classification of acute péritonitis. The Am. Journ. of the Med. Scien. Vol. CXIV. No. 304. August 97.

Senn. N., Classification des péritonites aiguës. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. No. 4. Juillet-Août 97.

Winckel, Ueber die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Peritonitis. Wien. Med. Blätter. No. 34. 97.

17. Harnorgane. Fisteln.

Bozeman, Tubular drainage through the vagina for chronic cystitis, with report of cases. The Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. XI. No. 1. July 97.

Dowd, Henry, Chronic specific urethritis. Buff. Med. Jour. Vol. XXXVII. No. 1. August 97.

Flensburg und *Vestberg*, Ein Fall von Urethral-Cyste bei einem einjährigen Mädchen sammt einem Beitrag zur Klinik und Pathologie der Urethral-Cysten des Weibes nebst einer Uebersicht über die Geschwülste der weiblichen Harnröhre im Kindesalter. Nord. Med. Ark. Band 30. 97. B. VIII.

Garceau, Some cases of cystitis in women. The Boston Medical and Surgical Journal No. 5—8. 97.

Hottinger, Ueber das primäre Carcinom der Harnröhre. Correspondenz-Blatt für Schw. Aerzte. No. 17. 97.

Jonnescu. Th., Un novu procedu de nefropexie. Rev. de Chir. Tomu I. No. 4. Julie 97.

Josephson, Om äkta och oäkta urethral-divertikel hos kvinnan. Nord. Med. Ark. Band 30. 97. B. VIII.

Kolischer, Gustav. Zur Behandlung der Urethritis beim Weibe. Wien. klin. Rundschau. No. 31. 97.

Limper, L., Ueber Fremdkörper in der Harnröhre und Blase. Diss. Bonn 97.

Lunn, Four pieces of wire removed from a woman's bladder. Brit. Med. Journ. No. 1910. 97.

Mackie. W., Catheterization of the ureters (female) as a diagnostic measure. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 12. September 97.

Martin, Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales. Thèse de Paris. 97.

Merkel, Nephroraphie während der Schwangerschaft. Münch. Med. Wochenschr. No. 31. 97.

Nijhoff, G. C., Perforatie van zijden ligaturen om een ovariaalsteel in de blaas. Steenvorming. Nederl. Tijds. voor Verlosk. en Gyn. Afl. II. 97.

Watjoff. S., Ueber den Fettgehalt des Blutes bei Nierenkrankheiten. Deutsche Med. Woch. No. 35. 97.

18. Gonorrhoe.

Bernstein, Edward, J., Blennorrhœa neonatorum. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No 12. September 97.

Cushing, Sociological aspects of gonorrhœa. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 11. August 97.

Dudley, Palmer, Some pathognomonic physical signes of chronic gonorrhœal infection in women and their value in the diagnosis of pelvic disease. The Ann. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Wassermann, Ueber Gonokokken-Cultur und Gonokokken-Gift. Berliner klinische Wochenschrift, No. 32. 97.

Welander, Gonorrhöe, mit Polyneuritis complicirt — Polyneuritis gonorrhoica. Nord. Med. Ark. Band 30. 97. B. VIII.

19. Hysterie.

Frölich, H., Ueber hysterische Gehstörungen. Diss. Erlangen 97.

Janet, Hysterische, systematisirte Contractur bei einer Ektatischen. Münch Med. Wochenschr.. No. 31. 97.

Thomson, Hyslop, A case of hystero-epilepsy simulating „status epilepticus". Brit. Med. Journ. No. 1912. 97.

20. Mamma.

Lotheissen, Georg, Ein Beitrag zur Tuberkulose der Mamma. Wien. klin. Wochschr. No. 34. 97.

21. Technisches. Akiurgie.

Büttner, Oskar. u. *Müller. Kurt.* Technik und Verwerthung der Röntgenschen Strahlen im Dienste der ärztlichen Praxis und Wissenschaft. Encykl. der Phot. Heft 28. 97.

Cordier, A. H., Skiagraphing of foreign Bodies in the pelvis. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Cruickshank, Le nouvel injecteur vaginal la „Vonda". Le Prog. Med. No. 34. Août 97.

Cullen, Thomas S., Silkworm gut as a subcutaneous suture in closure of abdominal incisions. The Am. Journ. of Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 236. August 97.

Ioly, Alvah H., Desinfection by steam. The Am. Journ. of the Med. Scienc. Vol. CXIV. No. 304. August 97.

Hanks, H. Tracy, Scissors-handled needle-holder for a curved, a Hagedorn or a straight needle. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

—, A convenient. durable, portable ligatur box. The Am. Gyn. a. Obst. Journ. Vol. XI. No. 2. August 97.

Wenzel, C., Gynäkologischer Untersuchungstisch für das ärztliche Sprechzimmer. Centralbl. für Gyn. No. 35. 97.

22. Darm.

Ahrendt, F., Ueber die operative Heilung der Haemorrhoidalknoten. Diss. Greifswald 97.

Banaschewski, F., Ueber Tuberkulose des Wurmfortsatzes und des Coecum. Diss. Jena 97.

Blum, A. D., De la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez le nourrisson. Thèse de Nancy. 97.

Deaver, John B., Some mooted points in the pathology of appendicitis. The Am. Journ. of the Med. Scien. Vol. CXIV. No. 304. August 97.

Dudley, M, Allen, P., (avec 20 figures) De l'appendicite, étiologie et pathogénie. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. No. 4. Juillet-Août 97.

Frank, Rudolf, Stichwunden des Bauches mit Verletzungen des Darmes. Wien. klin. Woch. No. 35. 97.

Gil, Martin, Decalcified ivory discs for end-to-end and lateral anastomosis of the intestine. The Lancet. No. 3861. Aug. 97.

Hochenegg, Julius. Zur Therapie des Rectumcarcinoms. Wien. klin. Wochschr. August 97. No. 32.

Lehmann, S., Casuistische Beiträge zur Colostomie. Diss. Heidelberg 97.

Pantzer, Membranous colitis in its relation to pelvic disease in women. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. X. No. 12. September 97.

Rimbach, R., Zur Casuistik der Enterokystome. Diss. Giessen 97.

Rörig, F., Ueber die Heilung des anus praeternaturalis. Diss. Halle 97.

Schwab, J, Ueber multiple Polypenwucherungen im Colon und Rectum. Heidelberg 97.

Vitner, C., Doue cazuri de enterectomie cu entero anastomosa prin butonul lui Murphy pentru neoplasme ale intestienului. — Vindecare. Rev. de Chir. Tomu I. No. 5. August 97.

23. Narkose. Antiseptica.

Aemmer, Ein Fall von Wismuthintoxication durch Airol. Correspondenz-Blatt für Schw. Aerzte. No. 16. 97.

Bridgman, Death from swallowing chloroform. The Lancet. No. 3859. 97.

Davis: Chloroform in Obstetrics. The Boston and Surgical Journal. No. 9. 97.

Einhorn und *Heinz*, Orthoform. Ein Localanaestheticum für Wundschmerz, Brandwunden, Geschwüre etc. Münch. Med. Wochschr. No. 34. 97.

Gardner, Bellamy, The use of nitrous oxide gas and oxygen in minor gynaecological operations. The Brit. Gyn. Journ. Part I. August 97.

Garrigues: Narkosenlähmungen. Der Frauenarzt. 8. Heft. August 97.

Giovannini, S., Ueber das Desinfectionsvermögen des Chinosols. Deutsche Med. Woch. No. 37. 97.

Green, The Use of Ether in Obstetric Practice. The Boston Medical and Surgical Journal. No. 9. 97.

Natanson, A., Ueber die Wirkung und Anwendung eines neuen localen Anästheticums – des Holocains. St. Petersb. Med. Woch. No. 32. 97.

Reuter, J., Ueber Jodoformal. Deutsche Med. Woch. No. 32. 97.

Sack, Arnold, Ueber das Ichthalbin (Ichthyoleiweiss), ein geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat. Der Frauenarzt. Heft 7. Juli 97.
Worcester, The Superiority of Chloroform as an Anesthetic in Midwifery Practice. The Boston Medical and Surgical Journal. No. 9. 97.

24. Bakteriologie.

Daly, Purulent ophthalmia from the bacteriological standpoint. The Boston Medical and Surgical Journal. No. 6. 97.
Dollinger, F., Bactériologie des organes génitaux de la femme. La Sem. Gyn. No. 31. 97.
Friedrich, Leopold, Das Verhältnis der experimentellen Bakteriologie zur Chirurgie. Leipzig. W. Engelmann. 97.
Horn, F., Ueber das Vorkommen von Proteus vulgaris bei jauchigen Eiterungen. Diss. Erlangen 97.
Klein, Remarks on a coccus pathogenic to man and animals: staphylococcus haemorrhagicus. Brit. Med. Journ. No. 1911. 97.
Paravicini, K., Steigerung der Virulenz des Bacterium coli commune bei Gegenwart von Fäulnisbacterien. Diss. Erlangen 97.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig.

Originalarbeiten.

I.

Aus der geburtshülflichen Klinik in Basel.

Ueber Placentargeschwülste.

Von

Dr. E. NIEBERGALL,

Assistenzarzt.

(Hierzu Tafel VI und VII.)

So viele Angaben wir in der neueren Litteratur über die im Anschluss an das Wochenbett beobachteten malignen Neubildungen finden, deren klinisches Bild Sänger fixiert und deren Entstehung aus den Bestandtheilen der Decidua serotina (dem Syncytium und den Elementen der Zellschicht des Chorion) besonders Marchand festgestellt hat, so wenig Fälle sind veröffentlicht von Tumoren, die ebenfalls aus Elementen der Placenta ihren Ursprung nehmen und die mit dem Mutterkuchen bei der Geburt selbst ausgestossen werden, sich also während der Gravidität entwickeln.

Der Grund der Seltenheit von Veröffentlichungen solcher Art ist wohl darin zu suchen, dass einerseits die klinischen Erscheinungen, die von diesen Tumoren ausgehen, meist sehr unbedeutend sind, und dass man andererseits bei der Inspection der Placenta sich häufig damit begnügt, zu constatieren, dass sie vollständig ist und die vorhandenen Abnormitäten wie Margo, Infarcte, Thromben und Haemorrhagien etc. einfach ohne weitere genauere Untersuchung registriert. Gewiss in den seltensten Fällen werden mikroskopische Präparate angefertigt oder auch nur Schnitte durch das ganze Placentargewebe angelegt, die sicher hie und da Veränderungen erkennen liessen, die für ein weiteres Studium derselben wichtig genug wären.

Ich möchte nun im Folgenden einen solchen Fall von Placentartumor, der an der hiesigen Klinik zur Beobachtung kam, etwas genauer beschreiben, um im Anschluss daran die bisher in der Litteratur vorhandenen Angaben kurz wiederzugeben und die sich aus dem bisherigen Material ergebenden klinischen Erscheinungen so gut als möglich festzustellen.

Sch. A. 29jährige I P. hatte ihre letzte Menses 20. Juni 1895. Als Zeit der Conception giebt sie Ende Juni an. Während der Gravidität keine besonderen Beschwerden. Früher Krankheiten, ausser Anaemie im 16. J., keine. Menses seit dem 17. J. regelmässig 4 wöchentlich 3—4 tägig, mittelstark, ohne Molimina.

Der Status praesens ergiebt überall normale Verhältnisse.

Die Geburt erfolgte am 24. März 1896 normal, ausser dem vor dem Wehenbeginn erfolgten Blasensprung. Die Eröffnungszeit dauerte 5 Stunden

die Austreibungszeit 1 Stunde. Die Placenta wurde 15 Minuten nach Geburt des Kindes spontan ausgestossen. Die Fruchtwassermenge betrug circa $^3/_4$ l, das Gewicht des Kindes 2500 g, die Länge war 51 cm. Die Blutung in der Nachgeburtsperiode überschritt das gewöhnliche Maass nicht, ebenso war der Lochialfluss nicht reichlicher als sonst, der Verlauf des Wochenbettes ein fieberloser. Beim Austritt am 12. Tage war der äussere Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig, der innere geschlossen, der Uterus gut contrahirt, klein, in Anteflexion beweglich, Parametrien frei.

Das Kind nahm während des Aufenthaltes der Pat. im Spitale an Gewicht zu und verliess denselben in gutem Ernährungszustande.

Was nun die Placenta betrifft, so fanden sich an derselben folgende Verhältnisse.

Die Placenta bietet, oberflächlich betrachtet, ausser einer 7 cm breiten, buckelartigen Erhabenheit auf der foetalen Fläche und ausser ihrem grossen Gewicht von 1100 gr, keine Besonderheit. Die uterine Seite ist flach, tief gelappt, die Grösse beträgt 22 : 18 cm. Dicke 2,5 cm. Form oval. Stücke der Placenta scheinen nicht zu fehlen. Einsenknng der Nabelschnur 5 cm vom Rande. Länge 54 cm. Dicke 1,5 cm.

Eihäute: Riss 3 cm vom Rand, Trennung theilweise erfolgt, Eihäute vollständig, ohne Besonderheiten.

Die oben erwähnte Hervorwölbung findet sich direct neben der Nabelschnurinsertion und es verliert sich ein grosser Theil der Gefässe, die sehr stark entwickelt sind, in ihr. Die Dicke der Placenta, sonst 2,5 cm, beträgt hier 7 cm.

Bei einem Schnitt durch den Mutterkuchen, welcher die Erhabenheit in der Mitte trifft, zeigt es sich, dass sie verursacht wird durch einen grossen, rundlichen Tumor, dessen Höhe 7 cm und dessen Breite 6,5 cm beträgt. Auf der foetalen Seite ist er vom Amnion und Chorion bedeckt, ringsum von normalem Zottenparenchym umgeben, das allerdings auf der uterinen Seite nur circa 3 mm breit ist.

Die Oberfläche des Tumors ist glatt, eine Kapsel an demselben aber nicht nachweisbar. Die Farbe ist braunroth, die Consistenz ziemlich derb, ungefähr entsprechend derjenigen eines Fibroms. Die Geschwulst lässt sich leicht aus ihrem Bette herauswälzen, doch zerreisen dabei die von dem Zottenparenchym auf sie übergreifenden, an ihr haftenden und zum Theil zwischen und in die einzelnen Geschwulstpartieen eindringenden Endverzweigungen der Zotten.

Die Geschwulst kann man in viele kleinere und grössere, mehr oder weniger dicht aneinanderliegende Stecknadelkopf- bis Wallnuss grosse rundliche oder längliche Knoten zerlegen, die an den aneinanderliegenden Seiten abgeflacht sind.

Ausser diesem Haupttumor finden sich noch zwei kleinere, von denen der eine circa haselnussgrosse, mitten im Zottenparenchym liegt, während der andere, etwas kleinere auf der uterinen Seite sich findet, aber immerhin noch von einer 2 mm breiten Schicht von Zottengewebe bedeckt ist. Auch sie lassen sich in einzelne kleinere Teile zerlegen und zeigen gleiche Farbe, Consistenz und Verhalten zur Umgebung wie der Haupttumor.

Mikroskopische Untersuchung: Bei derselben finden wir

nicht überall das gleiche Bild, sondern wir können drei Hauptgewebsarten unterscheiden, die aber nicht auf einzelne Lappen oder Abschnitte der Geschwulst beschränkt und scharf von einander getrennt sind, sondern an verschiedenen Stellen des Tumors zu finden sind und ohne scharfe Grenze in einander übergehen.

Die Hauptmasse der Neubildung besteht aus faserigem, gleichmässig mit dicht gehäuften, theils runden, theils oblongen bis spindelförmigen Kernen durchsetztem Bindegewebe, wobei die Zellen manchmal so dicht gedrängt erscheinen, dass das mikroskopische Bild sehr dem eines Sarkoms ähnlich wird. Die Gefässe sind in diesen Partien sehr selten und liegen meist an den Stellen, wo die Zellen nicht so stark in den Vordergrund treten.

Dagegen finden wir an anderen Orten einen solchen Reichthum an Gefässen, dass man auf den ersten Blick versucht ist, an ein Angiom zu denken, wobei die intervasculären ziemlich zellreichen Bindegewebssepta oft auf ein Minimum beschränkt sind. Die Gefässlumina sind ziemlich weit und häufig mit rothen Blutkörperchen gefüllt. Oft nimmt das Bindegewebe zwischen den Gefässen einen Charakter an, der dann in einer dritten Reihe von mikroskopischen Bildern der vorherrschende ist, den Charakter des Schleimgewebes.

Die Gewebsfibrillen und Zellen sind hier auseinander gedrängt und wir finden dabei in lockerer Grundsubstanz grosse, oft sternförmig verzweigte Zellen mit grossem Kern und Kern-Körperchen. Dazwischen einzelne, mit rothen Blutkörperchen gefüllte Gefässe. Oft geht die Auflockerung des Gewebes so weit, dass eigentliche Vacuolen zu entstehen scheinen.

Sehr interessant und für den Ursprung der Neubildung wichtig sind diejenigen Schnitte, wo der Zusammenhang zwischen Tumor und Zotten sichtbar ist, und ausserdem die von der Oberfläche der Geschwulst stammenden keine Zotten enthaltenden Präparate. Die letzteren zeigen namentlich den erst beschriebenen Typus, d. h. sie haben einen ausgesprochen fibrösen Charakter mit relativ wenig Gefässen. Als Ueberzug finden wir an denselben einen Epithelsaum, der ganz demjenigen des normalen Zottenepithels gleicht.

Durchgeht man dagegen die Präparate, wo Tumor und Zotten getroffen sind, so zeigt es sich, dass theilweise die Zotten direct der Geschwulst aufliegen und denselben Epithelüberzug aufweisen, ja dass sogar einzelne normale Zotten direct in die Geschwulstmasse übergehen, dass also die Neubildung in directem Zusammenhange mit den Chorionzotten steht oder vielmehr, dass die durch Veränderung der letzteren entstanden ist.

Zum Schlusse will ich noch erwähnen, dass an denjenigen Präparaten, die den Stellen entstammen, wo der Tumor sich der uterinen Seite nähert, einzelne Inseln von Deciduazellen sich zwischen die Lücken der Geschwulstmasse einschieben, ohne jedoch mit derselben in directe Verbindung zu treten.

Nach diesem Befunde nun der, den verschiedensten Partien

des Haupttumors und auch der kleineren erwähnten Geschwülste, welche die gleichen Verhältnisse wie die Hauptneubildung zeigen, entnommenen Präparate, ist es wohl klar, dass es sich in unserem Falle um ein sog. Myxoma fibrosum teleangiectodes disseminatum placentae handelt.

Beschreibungen von Placentargeschwülsten sind bis jetzt ziemlich spärlich und erst Alin, dem ich an dieser Stelle für Zusendung der Separatabdrücke seiner interessanten Arbeiten bestens danke, sammelte die in der Litteratur vorhandenen 19 Fälle und fügt ihnen 4 selbst beobachtete bei.

Da die Arbeit nur in schwedischer Sprache erschien und eine deutsche Uebersetzung meines Wissens nicht vorhanden ist, so möchte ich diese Fälle kurz anführen und noch einige andere, worunter 2 aus neuerer Zeit von Bode und Mars erwähnen, so dass wir im Ganzen mit dem an hiesiger Klinik beobachteten Falle auf 30 kommen, ohne dabei auf Vollständigkeit der Litteratur Anspruch erheben zu wollen.

1. Clarke (1) beschreibt einen 11 cm langen, 7½ cm breiten und 7½ cm dicken Tumor, der sich in einer Placenta bei normaler Geburt fand. Abnorm war die grosse Fruchtwassermenge, die 7 l betrug. Das Kind war reif und normal entwickelt. Die Form des Tumors war die einer menschlichen Niere, umgeben war er von einer festen Kapsel. Consistenz gleichmässig fest, fleischig. Schnittfläche buntscheckig. Der Hauptsache nach bestand die Geschwulst aus Gefässen und nimmt Clarke auch seine Entstehung aus solchen an. Er nimmt auch einen Zusammenhang zwischen dem Hydromnios und dem Tumor an.

2. Loebl (2) führt eine Placenta an mit einem nahezu kindskopfgrossen, zwischen der Amnioshaut und inneren Fläche des Mutterkuchens in der Nähe der Nabelgefässe entwickelten, lose adhärirenden Placentarfibroide lockeren Gefüges, das am 29. März aus der I. Gebärklinik ohne weitere Bemerkung eingesandt worden war.

3. Bei dem Falle von Harper (3) musste wegen Blutung nach einer Stunde die Placenta gelöst werden. In dem am Fundus adhaerenten Theile fühlte man beim Lösen einen festen Tumor, der sich beim Durchschneiden wie trockener Mörtel verhielt: die Aussenseite der Geschwulst war mehr fleischig. Das Kind war reif, lebend, die Mutter 25j. IV P.

4. Virchow (4) untersuchte die Placenta eines im VII. Lunarmonate geborenen, sonst normalen Kindes. Die unter starker Blutung abgegangene Placenta zeigte mitten im Zottenparenchyme einen faustgrossen Tumor, der sich als ein sehr gefässreicher Cotyledo erwies. Die Hauptmasse bestand aus einem dichten, areolären, hie und da mit runden Kernzellen sehr reich erfüllten Gewebe, welches mit den mehr peripherischen Theilen des Nabelstranges die grösste Aehnlichkeit hatte und das er als Myxoma fibrosum bezeichnete

5. Ebenfalls als Myxoma fibrosum deutet Hildebrandt (5) einen Tumor, der sich in der Placenta einer 20j. I P. fand. Das Kind starb nach 24 Stunden, war 44 cm lang und 2000 gr. schwer. Die Geschwulst bestand aus 2 Lappen von verschiedener Consistenz und Farbe. Mikroskopisch fand sich die Hauptmasse aus faserigem Gewebe bestehend mit dicht gehäuften kleinen runden und oblongen Kernen. Andere Stellen bieten den Charakter des Schleimgewebes, wiederum andere zeigen kleine Fetttropfen und Fettkörnchenkugeln nebst Hämatoidinkörpern in cohärenter faseriger Grundsubstanz. Die Zahl der Gefässe sehr gross.

6. Hyrtl (6) braucht für 2 Sarcome den Namen „Placenta in Placenta", weil die 2 Geschwülste frei in bindegewebigen Kapseln in der Placenta eingeschlossen lagen und sie an einem langen Gefässstiele hingen, dessen Arterie und Vene in Schraubentouren um einander gedreht waren, also Nabelstränge im Kleinen darstellen.

Die Frucht war von einer 34 j. IP. in Steisslage geboren worden. Der kleinere der 2 Tumoren war glatt mit seichten Einkerbungen, der II. wallnussgross, deutlich gelappt. In beiden keine Zotttenreste, aber Bindegewebsneubildungen in allen Entwicklungsstadien. Mikroskopisch: Keine villöse Structur, keine Deciduazellen, nur ellipsoide und gestreckte spindlige, sich durchkreuzende Kerne in einer trüben Grundsubstanz.

7. Die zweite Placenta stammt von der Geburt eines reifen, macerierten Foetus und zeigte einen faustgrossen Tumor, der ebenfalls gestielt war. Oberflächen glatt, an derselben einige kleine Zöttchen, denen aus dem degenerirenden Chorion der ersten Schwangerschaftsmonate gleichend.

Die Parenchymzellen von rundlicher, spindliger Gestalt, in fettiger Degeneration begriffen, in einer streifigen, lockeren Grundsubstanz. Die consistenteren Partieen zeigen sternförmige, mit ihren Fortsätzen verbundene Zellen oder Längsreihen von Spindelzellen in mehrfachen Lagen. Viel Gefässe.

8. Ein taubeneigrosser Cotyledo einer dritten Placenta, die sonst normal ist, hat Aehnlichkeit mit einem Condylom und besteht aus blassen, abgerundeten Zäpfchen, die sich als bindegewebige Hyperplasien der Plac. erwiesen.

9. Goodhart (7) hält den von ihm untersuchten Placentartumor entweder für einen organisierten Blutklumpen oder für ein musculofibromatöses Gewächs, ausgehend vom Placentarrande. Geburt und Wochenbett bei der IP. verlief normal.

Der zwischen Chorion und Decidua liegende Tumor war gelappt, sehr gefässreich. Mikroskopisch besteht er aus einem Bindegewebe structurloser Art. Ein Theil davon ist in wellenförmigen Zügen angeordnet, ein anderer Theil besteht aus einer hyalinen Matrix mit unregelmässigen Kernen und Kernkörperchen.

10. Die drei folgenden Fälle sind von Storch (8) beschrieben. Eine 37 j. VIII P. gebar am normalen Schwangerschaftsende ein kleines Kind, das nach wenigen Stunden starb. Geburtsverlauf normal. Plac. unter mässiger Blutung spontan geboren. Plac. 1140 gr schwer. Grösse 26 20. Eihäute normal. In dem Mutterkuchen fand sich ein 2 faustgrosser Tumor mit höckeriger Oberfläche, bestehend aus theils flachen, theils rundlichen Tumoren. Eine scharfe Grenze zwischen Geschwulst und Plac.-Gewebe existiert nicht; sie ist aus einem einzigen veränderten Zottenstamme entstanden. Das Gewebe ist theils derb, theils schleimig colloid. Das erstere zeigt eine dichte Anhäufung von rundlichen, undeutlich conturierten Zellen, das letztere ein schleimiges Stratum, ähnlich dem Grundstock gewöhnlicher gesunder Zotten. Zu äusserst ist eine bindegewebige Membran als Fortsetzung des Exchorions. Nirgends zeigt sich eine retrograde Metamorphose. Er deutet diesen, wie auch die zwei folgenden Fälle als Myxoma fibrosum.

11. Auch in diesem Falle war das Kind lebend, und verlief die Geburt normal. An der Placenta fand sich in der Nähe des centralen Nabelstranges ein ellipsoider Tumor von 3 cm grösstem Durchmesser, von sehr fester und harter Consistenz. Er steht mittelst eines circa 3 mm dicken, tertiären Zottenastes mit einem grösseren Hauptstamme in Verbindung, dieser Ast versorgt den Tumor mit Gefässen. Die Oberfläche des Tumors ist glatt, ohne Furchen. Sonst verhält sich der histologische Bau wie bei 10.

12. Bei wiederum normaler Geburt (Kind reif und lebend) weist die Placenta einen rundlichen $2^1/_2$ cm grossen Tumor auf, der im Placenta-Gewebe eingeschlossen ist; er ist mittelst eines relativ dünnen Stieles mit einem mittelgrossen, tertiären Zottenast verbunden. Der Tumor ist durch Einkerbungen in viele grössere und kleinere Lappen getheilt und giebt, auseinandergefaltet, das deutliche Bild eines dendritisch verzweigten, aber verdickten und umgebildeten Zottenastes IV. Ordnung. Mikroskopisch findet man die gleichen Verhältnisse wie bei 10 und 11.

13. Vor der Ausstossung der Placenta ging in dem Fall von Hodgen (9) ein Tumor ab. Schwangerschaft und Geburt waren normal verlaufen. Die Mutter eine 30jährige IV P. Das Kind reif und gesund. Der Tumor war 3 Zoll lang, 3 breit und 1 Zoll dick, an der Oberfläche gelappt. 2 Blutgefässe, 1 Vene von der Dicke der Vena jugularis etc. und 1 Arterie von dem Kaliber einer Art. radialis gingen in den Tumor hinein. An seiner

Oberfläche hing ein Stück Placentargewebe. Die Placenta selbst zeigte eine Depression, entsprechend der Grösse des Tumors, über derselben war das Amnion eingerissen. Hodgen nannte die Geschwulst ein Fibromyom der Placenta.

14. Zugleich mit der Placenta ging in dem Falle von Breus (10) ein halbfaustgrosser, prallelastischer, gelbröthlicher Tumor ab. Die glatte Schnittfläche giebt einen fadenziehenden gelblichen Saft. Eine Parthie des Tumors ist derber als die andere. Histologisch besteht der Tumor aus sehr zellreichem Bindegewebe, mit sternförmigen Zellen. Grosser Reichthum an Gefässen herrscht vor. Durch breite Gewebszüge, welche die grösseren Gefässstämme begleiten, ist das ganze Gewebe läppchenartig gesondert. Einzelne kleinere Knoten an derselben Placenta unterscheiden sich nur durch grösseren Reichthum an Capillaren und durch die Weite derselben. Breus zählt den Tumor ebenfalls zu dem Myxoma fibrosum.

Was die Geburt betrifft, so handelte es sich um eine Frühgeburt im 7. Monat bei einer 19jährigen I P. Das 1100 g schwere Kind starb nach einigen Minuten.

15. Die 2. von Breus beschriebene Placenta stammt von einer 22jährigen IP., die ein 2800 g schweres Kind normal geboren hatte. In der Placenta fand sich ein gänseeigrosser, scharf begrenzter und lappiger Tumor von graurōthlichem Durchschnitt. Die Structur war wie bei No. 14, nur waren die Gefässendothelien so vermehrt, dass diese Endothelvermehrung der Capillaren die Hauptproduktions-Quelle der Neubildung zu sein schien. Doch hält Breus den Tumor trotzdem für ein Myxoma fibrosum.

16. Ausser diesen 2 Fällen untersuchte Breus noch 2 im path.-anatomischen Museum befindliche, von denen der eine unter No. 2 schon erwähnt ist. Es handelte sich beim anderen um eine Zwillingsgeburt, im 8. Lunarmonate, wobei die Kinder normal entwickelt und lebend geboren waren. Im Geburtsverlaufe trat keine Störung ein.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte übereinstimmend mit den Fällen von Breus die Neubildung als Myxoma fibrosum.

17. Ohne genaue Geburtsgeschichte beschreibt Fenomenow (11) eine Placenta, die. 500 g schwer, 19/18 cm gross, an der mütterlichen Oberfläche nichts Besonderes bot. Dagegen findet sich auf der foetalen Seite neben einer Cyste ein taubeneigrosser Knoten von weisslicher Farbe mit leicht röthlicher Nüancirung. Daneben ein zweiter Knoten von hellröthlicher Farbe mit rauher Oberfläche und von derber Consistenz. Beide Tumoren bestehen aus einem areolären Gewebe, das mit den peripheren Theilen des Nabelstranges analog ist. Daneben deciduaähnliche Zellen. Verfasser hält sie für Myxo-fibrome.

18. Dr. Galabin (13) zeigte für Dr. Roberts einen Plac. Tumor, der von einer Kapsel umgeben in der Placenta steckte und die Grösse eines menschlichen Herzens hatte. Mikroskopisch zeigte sich der Zusammenhang der Geschwulst mit den Chorionzotten, die mit dem gleichen Epithel bedeckt war, wie diese letzteren.

Die oberflächlichen Partien zeigen faseriges Bindegewebe, die tieferen dagegen Rund- und Spindelzellen. Ein Theil besteht fast ganz aus Gefässen. Der Tumor steht also der Structur nach zwischen Fibrom und Sarkom.

19. Eine wegen Eklampsie von Auvard (14) par accouchement forcé entbundene 21jähr. IP. gebar ein todtes 2910 g schweres Kind. In der spontan ausgestossenen Placenta fand sich ein nussgrosser harter Kern von der Consistenz eines Fibroms.

Histologisch fand sich ein fibröses Bindegewebe mit embryonalen Elementen; an einigen Stellen fettige Degeneration, an anderen zahlreiche Gefässe, so dass das ganze Gewebe cavernös erscheint, ähnlich dem Bilde eines Angiomes. Er nennt den Tumor ein Fibroma angiomatosum oder ein Angioma fibrosum.

20. In dem Falle von Kramer (15) war Schwangerschaft und Geburt durch Hydramnios und Oedem compliziert. Die Frau, 25jähr. IIIP., gebar Zwillinge von 36 und 38 cm Länge. Während nun die Fruchtwassermenge beim I. Blasensprung 410 g betrug, entleerten sich beim zweiten 6500 g.

Placenta I normal, dagegen Placenta II dick und breit, 22 cm breit und 6 cm dick. Die foetale Seite war buckelförmig vorgetrieben, durch 2 im Zottenparenchyme befindliche Tumoren.

Mikroskopisch liessen sich an denselben keine Zotten nachweisen, sondern es fanden sich in trüber Grundsubstanz ovale Kerne, theilweise auch deutliche Spindelzellen. Ausserdem reichliche Vascularisation.

Kramer findet das mikroskopische Bild sehr ähnlich dem eines kleinzelligen Rundzellensarkom.

21. Ebenfalls um Zwillingsgeburt handelt es sich in dem einen Fall von v. Steinbüchel (16) und zwar bei der VI. Geburt einer 40jähr. Frau. In den letzten 14 Tagen Athemnoth. Kind, Placenta und Fruchtwassermenge I normal. Kind II zeigt Hydrocephalus und allgemeine Oedeme, stirbt nach einer halben Stunde. Die Fruchtwassermenge dieses zweiten Eies war sehr gross und die Placenta wies mehrere, verschieden grosse, in das Gewebe eingelagerte Tumoren auf.

Gewicht der ganzen Placenta 1620 g. Länge 32, Breite 25,5 cm.

Die erwähnten 3 Tumoren der zweiten Placenta sind haselnuss- bis wallnussgross. Ihre Consistenz derb, die Oberfläche gelappt. Auf dem Durchschnitte erscheinen die grösseren Geschwülste braunroth, von zahlreichen Gefässen durchzogen, der grössere ist ausserdem von einer hellröthlichen Schicht eingerahmt. Der 3. Tumor zeigt an der Basis einen grösseren, dunkelrothen und auf demselben aufsitzend einen gelatinösen granulirten Theil, bestehend aus lockerem Bindegewebe mit rundlichen und spindelförmigen Zellen, die öfters verschieden grosse Fetttröpfchen enthalten. Auch hier grosser Gefässreichthum. Ein Schnitt von Tumor I ist ganz ähnlich, nur sind die, an einzelnen Stellen mit hyalinen Massen erfüllten Gefässe viel grösser. Das zarte Bindegewebe ist an einzelnen Stellen mit einer ganz durchsichtigen Grundsubstanz erfüllt, einzelne Stellen mehr faserig, mit reichlichen Spindelzellen.

An einer etwas entfernteren Stelle findet sich noch ein kleiner orangegrosser, derberer Tumor und ausserdem noch einige andere, bis taubeneigrosse lappige Geschwülste, die sämmtlich eine glatte Oberfläche haben.

Die Tumoren entsprechen dem Bilde des Myxoma fibrosum.

22. Die Geburt war bei dem anderen Falle von Steinbüchel durch eine Blutung in der Nachgeburtszeit compliziert, wesshalb die manuelle Lösung vorgenommen worden war. Uterustamponade. Sonstiger Geburtsverlauf bei der 37jähr. VIIP. normal. Kind lebend.

An der uterinen Seite der Placenta fand sich ein harter, derber, über mannsfaustgrosser Tumor, der bis an die Eihäute reichte und mit dem umgebenden Gewebe durch einen aus Gefässen gebildeten Stiel zusammenhing. Die Hülle besteht aus lockerem Bindegewebe, der Tumor selbst aus dicht aneinanderliegenden Capillaren, getrennt durch eine zarte, bindegewebige Zwischensubstanz. Die Septa zwischen den einzelnen Lappen zeigen ein lockeres Bindegewebe mit grossen Zellen mit grossen Kernen und Kernkörperchen. Diagnose: Myxoma fibrosum.

23. Bode (17) berichtete in der Leipziger Gesellschaft für Geb. und Gyn. über einen Fall von abundanter Blutung bei einer IIIP. nach Geburt eines 7 monatlichen todten Kindes; äussere und innere Uterusmassage, lang dauernde Tamponade mit der Hand stillten die Blutung. Die Nachgeburt zeigte, getrennt von der Masse des Gewebes, eine in das Chorion interponirte, über faustgrosse Geschwulst, welche von der Placenta aus mit 3 stark entwickelten Gefässen versorgt wurde. Nach dem von Herrn Schmorl demonstrirten Präparat handelt es sich um einen fibrösen Tumor mit stellenweiser myxomatöser Degeneration.

24. Leopold (18) fügte noch obigem Vortrage bei, dass er unter 8000 untersuchten Placenten nur eine mit einem Tumor sah, und zwar handelte es sich um ein Angioma der Placenta.

25. Alin (19—20) beschreibt 4 Fälle von Placentartumoren. Bei einer 29j. IIIP. verlief Schwangerschaft und Geburt normal. Das lebende Kind wog 2950 g. Die Nachgeburt folgte spontan nach 5 Min. und wog 640 g, war oval, mit einem längsten Durchmesser von 15,5 cm. In derselben findet

sich am Rande ein hühnereigrosser Tumor von fester Consistenz. Daneben noch eine etwas kleinere Geschwulst. Die beiden Geschwülste sind aus zahlreichen kleineren Tumoren zusammengesetzt, die mit einander zusammenhängen. Mikroskopische Präparate zeigen, dass die 2 Tumoren hauptsächlich an dicht auseinander liegenden grossen Capillaren bestehen. Die Oberfläche jedes Läppchens ist von normalem Chorionepithel bekleidet. Diagnose: Angioma simplex.

26. Der zweite Fall betraf eine 28j. IP. Schwangerschaft und Geburt normal verlaufen. Kind lebend und gesund. 3000 g schwer. Die Placenta folgte spontan, war vollständig und 680 g schwer. Nahe am Rande derselben findet sich eine wallnussgrosse Geschwulst von dunkelrother Farbe und fester Consistenz. Sie ist mit einigen gröberen Gefässen versorgt, die alle normale Verhältnisse bieten. Die Hauptmasse der Geschwulst bilden die Gefässe, aussen die kleineren, innen die grösseren. Oft weisen sie spaltförmige und ampulläre Ausweitungen auf. Die Grundsubstanz enthält fibrilläre und zahlreiche elastische Fasern und in feinkörnigen Partien ziemlich dicht liegende Bindegewebszellen mit Ausläufern. Das bedeckende Epithel ist einschichtig und gleicht dem normalen Chorionepithel. Auch diesen Tumor rechnet Alin zu den Angiomen.

27. Ebenso den folgenden: Mutter gesund, das Kind ausgetragen und lebend, die Placenta vollständig, folgte spontan. 4 cm vom Plac. Rande liegen dicht unter der Decidua, eng zusammengedrückt ein nuss- und ein bohnengrosser Tumor. Ihre Consistenz ist sehr weich, die Farbe des grösseren dunkelroth, des anderen mehr graugelb. Zwischen beide Geschwülste dringt ein Gefässstamm ein, wobei die grössere Geschwulst an den Gefässen befestigt ist, während die kleinere frei ist. Die Aussenseite ist glatt und glänzend, nur bei näherer Untersuchung findet man feine Rauhigkeiten. Auf der decidualen Seite sieht man Fibrinauflagerungen und degenerirte Zotten, welche einen dünnen Ueberzug bilden. Unter einem verschieden dicken Epithelüberzug liegt zuerst ein dünnes Bindegewebslager und innen daran ein Gewebe, ähnlich wie bei 26. hauptsächlich aus Gefässen bestehend. Die Wände zwischen den grossen, blutgefüllten Capillaren auch hier bereits schmäler, und scheinen dieselben beinahe an einander zu liegen.

28. Ein etwas anderes mikroskopisches Bild hat zum Theil der 4. Fall: Die Placenta stammt ebenfalls von einer normalen Geburt einer 24j. IIIP. Kind lebend und reif.

Der zwischen Rand der Placenta und ihrem Centrum gelegene Tumor von Hühnereigrösse buchtet die Eihäute hervor. Der Stiel der Geschwulst ist von Gefässen gebildet. Ihre Consistenz weich, die Schnittfläche homogen grauroth. Sie besteht zum grossen Theil aus fibrillärem Bindegewebe und vielen Gefässen, zeigt aber an einer speckig aussehenden Stelle myxomatöses, an Zellen reiches Gewebe. Das Gefässlumen an den gefässreichen Partien ist oft verdrängt durch längliche, dicht gefügte Zellen mit grossen Kernen, wobei die Proliferation so weit geht, dass das Lumen vollständig verschlossen ist. Alin nimmt hier den Tumor als ein gefässreiches Fibromyxom an.

29. Die neueste Publikation rührt von v. Mars her und betrifft folgenden Fall: Eine 24j. IP. gebar nach vielen Beschwerden während der Schwangerschaft und Status febrilis während der Geburt einen lebenden 38 cm langen und 1500 g schweren, und einen toten Knaben, dessen Fruchtblase über 10 l Fruchtwasser enthalten hatte. Placenta I normal. Plac. II zeigt an einer Stelle derbere Consistenz, herrührend von einer Geschwulst mit areolärem Bau und dunkelkirschrother Färbung. Daneben noch einige kleinere Tumoren. Mikroskopisch findet man ein Angiom mit sehr dicht aneinander liegenden dünnrandigen Gefässen, oft nur durch eine einfach zarte Grenzschicht getrennt. Am Rande ist das Bindegewebe in den intervasculären Septen dichter. Die Zellen haben die Gestalt von Myxomzellen. Rings um den Tumor todte Zotten in einer structurlosen Masse. An anderen Zotten Granulationszellen. Verfasser nennt die Tumoren Angioma myxomatodes disseminatum placentae, entstanden in den Zotten, auf sie beschränkt, also foetaler Abkunft.

Die von Alin noch erwähnten Fälle von Guéniot „Tumeur solide du placenta“ und von Dupuis et Chaband „Sarcome

fasciculé du placenta" konnte ich leider nicht im Original nachsehen und muss ich mich mit der Erwähnung derselben begnügen.

Gehen wir nun die oben angeführten Fälle der Litteratur durch, so finden wir, dass ausser den als Myxoma fibrosum beschriebenen Geschwulstbildungen der Placenta, deren es mit unserem Falle 14 sind, noch 5 Angiome, 4 Fibroide, 2 Fibromyome, 3 Sarkome, ein Fibroma angiomatosum und ein Angioma myxomatodes Erwähnung und mehr oder minder genaue Beschreibung finden. Mag man nun mit der Benennung der einzelnen Tumoren einverstanden sein oder nicht, darüber kann kein Zweifel herrschen, dass diese Neubildungen alle zu der Reihe der Bindesubstanzgeschwülste gehören; fast ebenso sicher ist es, dass sie alle den gutartigen Neubildungen zuzuzählen sind, wenigstens was die klinische Bedeutung derselben betrifft; denn nirgends finden wir eine Erwähnung, dass die Geschwulst von der Placenta aus in das Uterusgewebe hineingewachsen wäre, noch dass sie irgendwo Metastasen verursacht hätte. Forscht man nach dem Ausgangspunkt der bald solitär, bald in grösserer oder kleinerer Anzahl anstrebenden Tumoren, so ist natürlich die von Goodhart ausgesprochene Ansicht, dass es sich um Organisation von Blutklumpen handle, mit den heutigen Anschauungen von Histogenese nicht mehr vereinbar. Er sagt auch selbst, dass es sich eventuell auch um ein fibromatöses Gewächs, vom Placentarande ausgehend, handle.

Die übrigen Autoren, die sich über diesen Punkt auslassen, nehmen alle Veränderungen des Chorion und der Chorionzotten als Ausgangspunkt der Neubildung an. So sagt Galabin: „Das Aussprossen der Zotten von der Oberfläche des Tumors und der Zusammenhang des Epithels der Zotten und des Gewächses war auch sehr deutlich kennzeichnend." Auch Virchow sieht die Geschwulst als solche an, die sich aus dem foetalen Placentagewebe hervorgebildet hat. Von den 3 Fällen Hyrtl's ist in dem 1. nicht nachgewiesen, dass die bindegewebige Wucherung von den Zotten ihren Ausgang nahm, dagegen ist diese Annahme im Fall 2 und 3 gerechtfertigt. Bei v. Steinbüchel „lässt sich ebenfalls an dem Tumor deutlich sehen, wie die Knoten aus Wachsthumsveränderungen der einzelnen Zotten entstanden sind". Unter dem Einfluss einer Stauung degenerirte das Zottenparenchym in dem Fall, den Hildebrandt und Storch beschreibt, „wie die festen Knoten längs der Verästelungen des grossen Zottenstammes sich gruppiren und durch dieselben zusammengehalten werden. Die ganze Geschwulst ist in der That hauptsächlich aus einem einzigen Zottenstamme durch kolossale Hypertrophie und eigenthümliche Umbildung der Verästelungen derselben entstanden". Auch nach Kramer „sind alle Neubildungen auf Veränderung des Chorion und seiner Zotten zurückzuführen." Aus den mikroskopischen Bildern von v. Mars folgt, „dass die angiomatöse Veränderung in den Zotten entstanden ist und auch die beschränkte, also foetale Abkunft

ist". Alin gelangte in seinen ausführlichen zwei Arbeiten ebenfalls zu dem Schlusse, dass die Tumoren durch Neubildung in den Zotten entstanden sind.

Auch in unserem Falle ist der Zusammenhang zwischen Neubildung und Zotten ein sehr deutlicher, was besonders in die Augen springt an den mikroskopischen Präparaten von der Grenze zwischen Tumor und Zotten; man sieht daselbst, wie der Epithelüberzug von Tumor und Zotten der gleiche ist, ja wie einzelne Zotten direct in die Geschwulstmasse eindringen und in ihr sich verlieren. Also auch hier kann, wie in den meisten bis jetzt beschriebenen Fällen, als erwiesen betrachtet werden, dass die Neubildung ihren Ausgang von dem Zottenparenchym genommen hat.

Schwer zu lösen und bis heute als ungelöst anzunehmen ist die Frage nach der Aetiologie der Placentartumoren. Die von Hildebrandt angegebene, durch Abknickung einer Vene entstandene Stauung als aetiologisches Moment passt nur für seinen speciellen Fall und kann auf die anderen beschriebenen Tumoren nicht angewandt werden; ebensowenig ist die Behauptung Storch's, dass das reizende Princip in einer kranken Uterusschleimhaut liege, erwiesen. Er nimmt diese Art der Aetiologie zu gleicher Zeit als Ursache des seltenen Vorkommens an, da die chronische Endometritis als primäre Ursache zugleich zu frühzeitiger Ausstossung des Eies führe.

Gegen dieses ursächliche Moment spricht meiner Ansicht nach der Umstand, dass bei Zwillingsschwangerschaft in allen beobachteten Fällen nur die Placenta des einen Foetus erkrankt war, während doch die Endometritis sicher auf beide Placenten krankmachend eingewirkt hätte. Ferner haben auch in den bisher genauer beobachteten Fällen von Alin, v. Mars und auch in dem unsrigen die Frauen keinerlei Symptome einer Entzündung der Uterusschleimhaut gezeigt, und schliesslich sind es ja auch nicht die Elemente der Decidua, die von der Erkrankung befallen werden, sondern diejenigen des Chorion.

Lues kann ebenfalls nicht zur Aetiologie verwendet werden, so wenig wie Nephritis, da überall die diesen Erkrankungen sonst eigenthümlichen Erscheinungen vollständig fehlen.

Alles in Allem genommen, müssen wir gestehen, dass wir über die Aetiologie dieser Tumoren noch sehr im Unklaren sind und es wäre auch aus diesem Grunde eine Bereicherung der Untersuchungen über diese Neubildung wünschenswerth.

Was nun die klinischen Erscheinungen, hervorgerufen durch Placentatumoren, betrifft, so müssen wir unterscheiden zwischen solchen, die sich während der Schwangerschaft zeigen und solchen, die während der Geburt auftreten. Was die ersteren betrifft, so muss es dort auffallen, dass in fünf Fällen grössere Schwangerschaftsbeschwerden vorhanden waren, hervorgerufen durch Hydramnios. Allerdings handelte es sich in drei von diesen fünf Fällen um Zwillingsschwangerschaft und es

dürfte die Frage schwer zu entscheiden sein, welchen von diesen zwei Umständen diese grosse Fruchtwassermenge ihren Ursprung verdankt; doch könnte man sich immerhin vorstellen, dass durch die Neubildung ein Circulationshinderniss gegeben wäre, dass eine Polyhydramnie zur Folge hätte.

4mal bei einzelnen Früchten und 3mal bei Zwillingen trat die Geburt vor dem normalen Ende der Schwangerschaft ein, d. h. also in ca. 23 pCt. der Fälle.

Fehlerhafte Lagen werden, wie auch leicht begreiflich, durch die Placentatumoren nicht bedingt, und es wird auch nur einmal eine solche Steisslage erwähnt.

Lebend geboren wurden von 29 Kindern 21, todt geboren sind 4, und bald nach der Geburt starben 4, d. h. die Prognose für das Leben des Kindes wird durch Veränderungen der Placenta, wie sie bei Tumoren derselben angetroffen werden, immerhin in ungünstigem Sinne beeinflusst. Es wird das Wachsthum und die Lebensfähigkeit eben davon abhängen, ob neben der Neubildung noch genug normales Zottenparenchym vorhanden ist, um für den Umtausch zwischen kindlichem und mütterlichem Blute zu genügen.

In unserem Falle war es jedenfalls auffallend, dass das Kind, trotzdem die Neubildung mindestens ein Viertel der ganzen Placenta einnahm, gar keine Zeichen von Asphyxie oder Lebensschwäche zeigte, sondern gleich nach der Geburt kräftig schrie. Bemerkenswerth war nur, dass bei dem ausgetragenen Kinde, dessen Länge 51 cm betrug, das Gewicht nur 2500 g war, also immerhin ein Zeichen, dass die Ernährung durch den Tumor in ungünstiger Weise beeinflusst wurde.

Sehr günstig dagegen ist die Prognose für die Mutter; in keiner der Beschreibungen ist irgendwo des Todes der Mutter Erwähnung gethan. Allerdings wird in 4 Fällen von Blutungen während der Geburt berichtet, die 2mal eine manuelle Lösung der Placenta und 2mal eine Uterustamponade nöthig machten, doch gelang es jedesmal, die Mutter zu retten; eine eigentliche Verwachsung zwischen Uterusrand und Tumor wird nirgends beschrieben.

Der Wochenbettsverlauf war in den Fällen, von denen eine genauere Krankheitsgeschichte existirt, ein normaler.

Da die bis jetzt beschriebenen Placentatumoren alle einen gutartigen Charakter besitzen, ist auch a priori nicht anzunehmen, dass durch dieselben Gesundheit und Leben der Frau für spätere Zeiten bedroht würden. Es wäre natürlich von grossem Interesse, wenn man die Patientin in späterer Zeit und bei späteren Geburten wieder untersuchen könnte. Was unseren Fall betrifft, so sah ich die Betreffende nach drei Monaten wieder und war sie bereits einmal menstruirt und zeigte bei der Untersuchung keinerlei Symptome einer Genitalerkrankung.

Zum Schluss füge ich noch eine Uebersichtstabelle der bis jetzt beschriebenen Fälle bei.

Autor	Para	Alter der Mutter	Schwanger-schafts-verlauf	Kind	Geburts-verlauf	Art der Geschwulst	Wochen-bett	Besondere Bemerkungen
Clarke	—	—	Hydramnios	reif, lebend	Hydramnios, sonst normal	Angiom	—	—
Loebl	—	—	—	—	—	Fibroid	—	—
Harper	IV P.	25 J.	—	reif, lebend	Blutung, Manuelle Lösung d. Placenta	Fibroid?	—	—
Virchow	—	—	—	VII. Mense, sonst normal	Starke Blutung	Myxoma fibrosum	—	—
Hildebrandt	I P.	20 J.	Hydramnios	IX. Mense, † n. 24 Stunden	Hydramnios	Myxoma fibrosum	—	—
Hyrtl	I P.	34 J.	—	Kind reif	Steisslage	Sarkom	—	—
Hyrtl	—	—	—	Kind reif, Maceriert.	—	Sarkom	—	—
Hyrtl	—	—	—	—	—	Bindegewebshyper-plasie. Fibrom?	—	—
Goodhart	I P.	—	normal	normal, reif	normal	Musculofibro-matöser Tumor	normal	—
Storch	VIII P.	37 J.	normal	reif, † nach wenigen Stunden	normal	Myxoma fibrosum	normal	—
Storch	—	—	normal	lebend, reif	normal	Myxoma fibrosum	—	—
Storch	—	—	normal	lebend, reif	normal	Myxoma fibrosum	—	—
Hodgen	IV P.	30 J.	normal	reif, gesund	normal, nur Tumor vor d. Plac. geboren	Fibromyoma	—	—
Breus	I P.	19 J.	normal	Frühgeburt. VII. M. † n. einigen Min.	normal	Myxoma fibrosum	—	—
Breus	I P.	22 J.	normal	reif, lebend	normal	Myxoma fibrosum	—	—

Breus	—	—	normal	Zwillingsgeburt, VIII. Mense: Früchte lebend, normal	normal	Myxoma fibrosum	—	—
Fenomenow	—	—	—	—	—	Myxofibroma	—	—
Galabin	—	—	—	—	—	Fibrom	—	—
Auvard	IP.	21 J.	Eklampsie	reif, †	Accouchement forcé	Fibroma angiomatosum	—	—
Kramer	III P.	25 J.	Hydramnios Oedeme	Zwillinge, 36 und 38 cm lang	I. normal, II. Hydramnios	Rundzellensarkom der Plac. II	—	Plac. I normal
v. Steinbüchel	VI P.	40 J.	Athemnoth, Hydramnios	Zwillinge I normal, II Hydrocephalus † nach halben Stunden	I. normal, II. Hydramnios	Myxoma fibrosum	—	Plac. I normal
v. Steinbüchel	VII P.	37 J.	—	lebend, reif	Blutung. Manuelle Lösung d. Plac. Tamponade	Myxoma fibrosum	—	—
Bode	III P.	—	—	VII. Mense, †	starke Blutung. Uterustamponade	Fibröser Tumor mit stellenweiser myxomat. Degeneration	—	—
Leopold	—	—	—	—	—	Angioma	—	—
Alin	III P.	29 J.	normal	lebend, reif	normal	Angioma simplex	—	—
Alin	IP.	25 J.	normal	lebend, reif	normal	Angioma	—	—
Alin	—	—	normal	lebend, reif	normal	Angioma	—	—
Alin	III P.	24 J.	normal	lebend, reif	normal	Gefässreiche Fibromyxom	—	—
v. Mars	IP.	24 J.	viel Beschwerden Hydramnios	Zwillinge, I. 38 cm lang, lebend, II. †. IX. Monat	I. normal, II. Hydramnios	Angioma myxomatodes disseminatum	—	Plac. I normal
Niebergall	IP.	22 J.	—	lebend, reif	normal	Myxoma fibrosum	—	—

Litteratur:

1. John Clarke, M. D., Account of a Tumor found in the substance of the human Placenta. Phil. Transactions. London 1798.
2. Loebl, Bericht über die Ergebnisse der unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Rokitansky stehenden path. anatom. Anstalt des k. k. allgemeinen Krankenhauses im Monat März 1844. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1844.
3. R. Harper, M. R. C. J. E., Ein Tumor in der Placenta, erdige Massen enthaltend. The Lancet. 1852. Vol. I.
4. Virchow, Geschwülste. Band I. S. 415.
5. Hildebrand, Myxoma fibrosum plac. bei Schwangerschaft in einem Uterus unicornis. Monatsschrift für Geburtshülfe B. XXXI. 1868.
6. Hyrtl, Die Blutgefässe der menschlichen Nachgeburt. 1870.
7. Goodhart, J. E., Bericht über Dr. Ropers Placenta Tumor. Obstetrical Transactions XIX. 1877.
8. Storch, Fälle von sog. partiellem Myxom der Placenta. Virchow's Archiv. B. 72. S. 582. 1878.
9. Hodgen, British med. journal 1879.
10. Breus, Ueber das Myxoma fibrosum der Placenta. Wiener med. Wochenschrift. B. 40 1880.
11. Fenomenow, Zur Pathologie der Placenta. Archiv für Gynaekologie, B. XV. 1880.
12. Galabin, Obstet. Transactions. B. XXIV. 1882.
13. Galabin, Obstet. Transactions. B. XXVII. 1885. Fibrosarkom des Chorion.
14. Auvard, Tumeur placentaire de nature fibro-vasculaire etc. Archiv. de Tocologie 1888. S. 120.
15. Kramer, Ueber Fibrom des Chorion. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie B. XVIII. Heft 2. 1890.
16. R. v. Steinbüchel, Zwei Fälle von sogenanntem Myxoma fibrosum placentae. Centralblatt für Gynaekologie 1892. S. XVI.
17. Bode, Centralblatt für Gynaekologie 1895. B. XIX. S. 922.
18. Leopold, ebenda.
19. E. Alin, Ett fall af svulstbildning i Placenta. Festschrift für F. W. Wartwinge.
20. E. Alin, Några anmärkningar om placentarsvulster samt beskrifning af dylika. Nordisk medicinskt Arkiv. B. XXIII. No. IV.
21. v. Mars, Angioma myxomatodes disseminatum placentae. Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynaekologie. B. IV. Heft III. 1896.
22. Henning, Studien über den Bau der menschl. Placenta u. ihre Erkrankungen. Leipzig 1872.
23. Klob, Pathologische Anatomie der weibl. Sexualorgane.
24. v. Rokitansky, Lehrbuch der patholog. Anatomie. 1868.
25. Ercolani, Sulle malattie della placenta Bologna 1871. Ref. v. Hennig. Archiv f. Gyn. B. II.
26. Guéniot, Tumeur solide du placenta, hypergenèse des éléments normaux. Bull. et mém. Soc. d'obstétr. et gynécolog. de Paris 1888. IV.
27. Dupuis et Chaband, Sarcome fasciculé du placenta. Gaz. d'hôp. de Toulouse 1889. III.
28. Schauta, Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. 1896.

II.

Aus der kk. Universitäts-Frauenklinik des Professor Carl Freiherr von Rokitansky in Graz.

Zwei Fälle von Uterusruptur während der Geburt.

von

Dr. JOSEF JURINKA,

klin. Assistent.

Das seltene Vorkommen von Uterusrupturen sowie einzelne bemerkenswerthe Umstände in der Entstehung und im Verlaufe der zu beschreibenden an genannter Klinik beobachteten zwei Fälle veranlassen mich, dieselben zu veröffentlichen.

Beide standen vom Beginn der Geburt an in genauer und verlässlicher Beobachtung und sind daher geeignet, die Art und Weise der Entstehung der Gebärmutterzerreissung zu erklären. Der günstige Ausgang derselben liefert andererseits einen Beitrag zur Frage der Behandlung von Uterusrupturen.

I. Complete violente Uterusruptur, entstanden während des Wendungsversuches bei Stirnlage, grosser Frucht, Hydramnion und normalem Becken; Extraction der Frucht per vaginam, Laparotomie, Exstirpatio totalis uteri; Heilung.

Fr. A. wurde am 16. September 1896 nach Auftrag des behandelnden Arztes durch die Rettungsabtheilung der Klinik zugeführt.

Die Anamnese ergab Folgendes: die 28jährige bisher stets gesunde Frau hatte dreimal normal geboren und ungestörte Wochenbetten durchgemacht. Während der bestehenden vierten Schwangerschaft (letzte Menses im Dezember 1895) hatte sie sich wohl befunden, nur soll ihr während der letzten Wochen der Schwangerschaft die übermässige Ausdehnung des Bauches Beschwerden verursacht haben. Die Wehen hatten am 15. September ½5 Uhr Nachmittags eingesetzt und war um 6 Uhr die Blase gesprungen, wobei angeblich 7 Liter Fruchtwasser abgeflossen sein sollen. Abends hatte dann die Hebamme, weil trotz guter Wehen der „nicht ganz richtig stehende Kopf“ in das Becken nicht eintreten wollte, um den Arzt (klin. Assistent Dr. Rossa) geschickt. Dieser stellte fest, dass die grosse Frucht sich in I. Stirnlage befand und beschloss, da er wegen der ungewöhnlichen Fruchtgrösse und ungünstigen Einstellung der Stirnlage (Gesicht nach hinten) einen spontanen Geburtsverlauf für unmöglich hielt, und da keinerlei Dehnungsymptome des Uterus vorhanden waren, die Wendung auf den Fuss bei verstrichenem Muttermund auszuführen. Er lagerte die Frau auf die rechte Seite und drang mit der ganzen linken Hand in den Uterus. Während des Vorschiebens der Hand zwischen Kopf und Uteruswand fühlte er oberhalb des Kinnes der Frucht den in die Halseinsenkung vorspringenden Contractionsring. Als sich in diesem Augenblicke eine Wehe einstellte, liess er die operierende Hand ruhig im Genitale liegen. In der nächsten Wehenpause führte er, während die äussere Hand den Fundus stützte, die operierende zwischen Hals und dem nun erschlafften, kaum vorspringenden Contractionsring ohne Widerstand zu finden in die Höhe und erreichte leicht den Fuss, worauf die äussere Hand zum Kopf ging.

Hiebei bemerkte er, dass der Fruchtschädel weit nach links getreten war und daselbst gegen den Darmbeinteller deutlich vortrat. Er unterliess deshalb jeden Zug am Fusse und constatierte links in der Cervix einen Riss und links hinten oberhalb des Hinterhauptes den stark vorspringenden Contractionsring. Er entfernte sogleich die Hand aus dem Genitale, lagerte die Frau auf den Rücken und konnte nun beobachten, wie der Kopf während der häufigen Wehen mehr und mehr hervortrat und dann links gegen die Magengegend emporwanderte. Eine mässige Blutung war während des Wendungsversuches eingetreten und dauerte auch weiter in geringem Masse an. Die Patientin klagte über heftige Schmerzen in der linken Bauchseite.

Die Wehenthätigkeit dauerte darnach und während des Transportes in das Spital noch durch reichlich eine halbe Stunde in ungeschwächter Häufigkeit und Stärke fort.

Die P. wurde sogleich auf die Gebärklinik überführt, woselbst um Mitternacht folgender Befund erhoben wurde: Mässiger Collaps, blasse Hautfarbe, kühle Extremitäten, geringe Blutung aus der Scheide, T: 36·2 C, Puls 108 regelmässig, ziemlich kräftig, der Fruchtschädel stand im linken Hypochondrium, sonstige Fruchttheile, der Uterus sowie foetale Herztöne waren nicht nachweisbar; die P. klagte über heftige Schmerzen im Abdomen. In der weiten Vagina fanden sich reichliche Blutgerinnsel, der Muttermund war verstrichen und in demselben der rechte Fuss der Frucht zu fühlen. Der Muttermund war an seinem linken Rande eingerissen und reichte dieser Riss aufwärts bis zum Contractionsring, abwärts bis in das obere Drittel der Scheide. Durch diese Öffnung war der Kopf und der obere Abschnitt des Rumpfes ausgetreten, während Bauch, Steiss und Füsse sich noch im Uterus fanden. Am vorliegenden rechten Fusse wurde nun die Extraction der Frucht vorgenommen und gelang dieselbe leicht. Die Frucht wog 4130 g und war 54 cm lang. Die im Uterus gelöst liegende Placenta wurde manuell entfernt. Trotz guter Contraction des Uterus stand die schon vorher bestandene mässige Blutung aus dem Genitale nicht. Die bei Entfernung der Placenta vorgenommene Untersuchung mit der ganzen Hand ergab, dass der Riss nach vorne in die freie Bauchhöhle führend ein completer war, dass er aber nach links weithin unter das abgelöste Ligamentum latum sich erstreckte. Wegen der fortdauernden Blutung und der Complicierthеit der Ruptur wurde die Laparotomie behufs eventueller Nath beschlossen. Während der Vorbereitungen hiezu wurde zum Zwecke der provisorischen Blutstillung der Uterus von den Bauchdecken her gegen die linke vordere Beckenwand angepresst.

Die Laparotomie wurde um $1^3/_4$ Uhr früh ausgeführt (Dr. Rossa). Chloroform-Narcose. Bauchschnitt 10 cm lang zwischen Nabel und Symphyse. Im Peritonealraum viel flüssiges und geronnenes Blut, die Vorderfläche des kontrahierten Uterus zeigt folgende Verletzung: Von der Mitte des linken Ligamentum rotundum zieht nach unten zum rechten Rande der Excavatio vesico-uterina ein nach oben bogenförmiger Riss mit lappenförmiger Ablösung des unteren Wundrandes. Die Wundhöhle reicht nach links weit in das subseröse Bindegewebe des Ligamentum latum und führt nach unten direkt in die Vagina. Daselbst zeigt sich die vordere Hälfte der Cervix durch einen Querriss von der Vagina abgetrennt und verläuft ausserdem in der linken Wand der Cervix ein Längsriss, der sich vom Contractionsring abwärts bis fast in die Nähe der linken Vaginalwand hinzieht. Die zerfetzten Ränder des Risses, die vordere vom Peritoneum entblösste Uteruspartie und besonders das Gewebe des linken Ligamentum latum bluten ziemlich heftig. Da eine exakte Blutstillung und Naht dieses äusserst komplicierten Risses unmöglich war, wurde die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt.

Abbindung beider Ligamenta lata sammt Adnexen in je drei Partien; Abpraeparierung eines hinteren Serosalappens, Umstechung der Aa. uterinae, Umstechung des Vaginalansatzes vom linken Rande der Querwunde beginnend und partienweise Durchtrennung des nicht durchrissenen Scheidengewölbes; nach Exstirpation des Uterus Blutstillung und Vernähung der blutenden Längswunde der Vagina und Umstechung des vorderen abgerissenen Vaginalrandes.

Die durch die Ablösung des Peritoneum entstandene an der linken Beckenseite gelegene Wundhöhle wird durch einige Nähte verkleinert und der verbleibende Raum wie auch der unter dem vorderen Peritoneallappen befindliche Spalt mittest Jodoformgaze, die durch die Vagina herausgeleitet wurde, tamponirt und darüber der vordere und hintere Peritoneallappen durch seroseröse Nähte vollkommen vereinigt. Schluss der Bauchwunde. Dauer der Operation $1^1/_4$ Stunde. Rectaleinlauf von 1 l physiologischer Kochsalzlösung, da Patientin anämisch und der Puls klein und frequent war. Der Verlauf p. o. war glatt; der anfängliche Meteorismus liess nach zwei Tagen nach am dritten Tage spontaner Stuhl, am 4. Tage Entfernung der Streifen, dann infolge von Cystitis mehrtägige Temperatursteigerung bis 39.2°, am 10. Tage Entfernung der Bauchdeckennähte; Heilung p. p., am 26 Tage verlässt Patientin das Bett und am 30. Tage das Spital. Sie fühlte sich vollständig wohl und kräftig, ihr Ernährungszustand hatte sich gebessert, der Bruch war nirgends empfindlich und die vaginale Untersuchung ergab an Stelle der Portio einen Narbentrichter, in dessen Umgebung sich nirgends eine Resistenz oder druckempfindliche Stelle nachweisen liess.

Die Ursache der Entstehung dieser Uterusruptur liegt wohl zweifellos in der Volumvermehrung, welche das untere Uterinsegment durch die operierende Hand sowie durch die intendierte Bewegung des Fruchtschädels bei dem Wendungsversuche erfahren hatte; es musste ja die Hand über das Gesicht der Frucht zum Fuss geführt werden und auf diese Weise den Fruchtschädel nach der linken Wand des unteren Uterinsegmentes hindrücken. Diese Stelle war sicherlich durch den grossen Fruchtschädel schon vorher beträchtlich überdehnt, indem bei Stirnlagen das Hinterhaupt stark vorragt und so leicht eine Ueberdehnung der bedeckenden Wandpartie verursachen kann, wenn dieselbe durch den Zug des Hohlmuskels schon eine beträchtliche Dehnung erfahren hat.

Es muss also wohl darin der Grund gesucht werden, dass trotz des schonend ausgeführten Wendungsversuches die über dem voluminösen und beträchtlich vorragenden Hinterhaupt verdünnte Uteruswand einriss.

Die eigentliche Veranlassung des Risses scheint mir jedoch weniger in der durch die Wendung bedingten Ortsveränderung des Fruchtschädels zu liegen, da im Augenblicke, als der Fuss erfasst wurde, das abnorme Ausweichen des Kopfes schon zu fühlen war, sondern darin, dass der voluminöse Kopf, der das untere Uterinsegment durch sein vorragendes Hinterhaupt schon beträchtlich gedehnt hatte und neben welchem die operierende Hand zu liegen kam, im Augenblicke der eintretenden Wehe durch dieselbe an die Uterinwand noch stärker angedrückt wurde. Der Kopf war ja von oben durch den stark vorspringenden Contractionsring, von der Seite und von unten her durch die operierende Hand festgehalten und konnte nach keiner andern Seite hin ausweichen, als gegen die Wand, welche diesem Druck nicht standzuhalten vermochte.

Der ausgedehnte, vom Contractionsring bis in die Vagina herabreichende Längsriss war der primäre, welchem sich, wahrscheinlich beim theilweisen Austritt der Frucht in die Bauchhöhle, der Querriss infolge der Dehnung der Ränder des ersteren zugesellte.

Das mächtige Hydramnion — 7 Liter Fruchtwasser — dürfte die Widerstandsfähigkeit der Uteruswand herabgesetzt haben; dasselbe ist daher als praedisponierendes Moment der Uterusruptur anzuführen.

Die nach dem Eintritt der Ruptur fortdauernden Wehen trieben den Fruchtkörper theilweise aus dem Uterus und führten das Beckenende gegen die Cervix, wodurch die sofortige Extraction am Fusse möglich wurde.

Die lange Fortdauer der Wehen nach der Ruptur lehrt die Unzuverlässigkeit des noch in den Lehrbüchern kurzweg als für Uterusruptur pathognomonisch bezeichneten Symptoms des Sistierens der Wehenthätigkeit.

Dass die Entbindung per vias naturales am Platze war, nachdem sich ein Fuss spontan in den Muttermund eingestellt hatte, lehrt die Leichtigkeit, mit welcher die Extraction gelang. Zum Zwecke der Blutstillung aber musste die Laparotomie angeschlossen werden, da der fühlbare Riss allzu ausgedehnt war, als dass Tamponade oder Naht von der Vagina her ausreichend beziehungsweise möglich gewesen wäre. Die ausgedehnte Wunde im Parametrium konnte erst bei der Laparotomie vollständig überblickt werden. Unter diesen Umständen hätte die Blutung von der Vagina aus nicht gestillt werden können, wohl aber hätte durch die Spannung einer festen Tamponade der Riss im Parametrium leicht eine Vergrösserung erleiden und so eine Verschlimmerung des Zustandes herbeigeführt werden können.

Der komplicierte Riss, die zerfetzten und gequetschten Ränder liessen an die restitutio ad integrum durch Naht nicht denken, die Patientin wäre hierbei der Gefahr einer überaus langdauernden Operation und bei kommenden Geburten der Eventualität einer neuerlichen Zerreissung der ausgedehnten narbigen Wundstellen ausgesetzt worden. Es wurde daher die Totalexstirpation ausgeführt, welche vor der supravaginalen Amputation das voraus hatte, dass höchst einfache Wundverhältnisse geschaffen wurden. Diese waren wünschenswerth, da infolge der bedeutenden Anämie der Frau das Peritoneum für Infectionen zugänglicher war und weil durch diese Operation auch gleichzeitig die quer verlaufende vaginale Risswunde zur Absetzung des Uterus Verwendung finden und deren Naht erspart werden konnte.

II. Complete spontane Uterusruptur bei rhachitisch-plattem Becken vor dem Blasensprunge mit vollständigem Austritt der Frucht und Nachgeburt in die Bauchhöhle. Entwicklung derselben nach Laparotomie. Exstirpatio uteri totalis. Heilung.

Die 26jährige A. H. wurde am 31. März d. J. gebärend in die Klinik aufgenommen. Sie hatte bis zum dritten Lebensjahre an Rhachitis gelitten, hatte später Typhus überstanden und im Jahre 1890 das erstemal angeblich normal geboren, doch starb das Kind eine halbe Stunde nach der Geburt.

Die zweite Niederkunft im Juli 1893 fand in unserer Klinik statt. Die reife Frucht wurde in Schädellage nach achtstündiger Geburtsdauer ohne nennenswerthe Schwierigkeit lebend geboren. Eine Atonie post partum verursachte beträchtlichen Blutverlust, wurde jedoch durch Massage des Uterus beseitigt; Wochenbett normal. In der Folgezeit war die Frau vollständig gesund. Bei der anlässlich ihrer dritten Schwangerschaft erfolgten Aufnahme in die Klinik am 31. März d. J. ergab sich folgender Befund: Mehrfache Zeichen überstandener Rhachitis, schlechter Ernährungszustand, I. Schädellage, Ende der Gravidität. Die Beckenmessung ergab: D. Sp : 26, D. Cr : 28, D. Tr : 30, C. e : 17, U : 90, C. d : 11, C. v : 9¼ cm. An den Genitalien fand sich ein bis zum Anus reichender vernarbter Dammriss und war der 2 cm lange Cervicalkanal und das os internum für einen Finger durchgängig, Blase erhalten, Schädel beweglich über dem Beckeneingang.

Der Geburtsverlauf war folgender:

31. März 6 Uhr Abends Wehenbeginn.

7 Uhr. Die Wehen etwas intensiver, Muttermund 6 cm weit, Cervix verstrichen, Blase steht.

9 Uhr. Wehen sehr kräftig und schmerzhaft. Bei äusserer Untersuchung der Schädel noch über dem Beckeneingang beweglich fühlbar.

11 Uhr. Aeusserer Befund gleich; innerlich: Muttermund bis auf einen dünnen 1½ cm breiten Saum verstrichen, Blase steht, Schädel beweglich.

12 Uhr. Intensität und Schmerzhaftigkeit der Wehen unvermindert; die Gebärende presst trotz Verbotes bei einzelnen Wehen mit. In der Wehenpause steht der Schädel beweglich über dem Beckeneingang. Zeichen abnormer Dehnung des unteren Uterinsegments bestehen nicht; kindliche Herztöne gut.

Gegen 2 Uhr wurde die Gebärende, nachdem die Wehen bis dahin unvermindert angedauert hatten und dieselbe des öfteren kräftig mitgepresst hatte, ruhiger und trat eine leichte Blutung aus dem Genitale ein.

Der sogleich herbeigerufene Arzt nahm folgenden Befund auf: Die Gebärende liegt ruhig, ist nicht kollabiert, der Puls ist kräftig, 100, Temperatur 36.2° C. Ueber Befragen klagt sie über leichte Schmerzen in der linken Bauchseite, welche sich bei Betasten etwas steigern. Die Blutung aus der Vagina ist nicht bedeutend. Der Schädel kann über der Symphyse nicht mehr palpiert werden und finden sich daselbst und gegen den linken Darmbeinteller hin sehr deutlich zu tastende kleine Theile. Der Schädel ist an keiner Stelle des Abdomens sicher zu fühlen. Die innere Untersuchung bestätigte die Vermuthung, dass es sich um eine Uterusruptur handelte. Durch den für die ganze Hand durchgängigen dünnsaumigen Muttermund erreichte man vorne und links die gelöste Placenta, nach rechts und höher oben den von den Eihäuten umgebenen beweglichen Fruchtschädel, welcher mit dem Gesichte nach hinten gerichtet lag. Die Vorderwand des Uterus erscheint beiläufig handbreit unterhalb des Nabels quer durchrissen, so dass daselbst die äussere Hand die touchierenden Finger unmittelbar unter den Bauchdecken fühlen konnten.

An derselben Stelle befinden sich die äusserlich fühlbaren Arme der Frucht. Der obere Rand des Risses und der Contractionsring wurden nicht gefühlt, da tieferes Eingehen mit der Hand absichtlich unterlassen wurde. Es lautete demnach die Diagnose: Complete Uterusruptur mit völligem Austritt der Frucht und Nachgeburt in die Bauchhöhle und war die Therapie klar vorgezeichnet: Laparotomie.

Dieselbe wurde 3½ Uhr früh ausgeführt (Professor von Rokitansky). Aethernarkose wegen Mitralinsufficienz. Aus der eröffneten Bauchhöhle entleeren sich reichliche Mengen Blutes und mekoniumhaltenden Fruchtwassers. Die abgestorbene Frucht lag im unteren Theile des Abdomens vor dem Uterus in — sit venia verbo — II dorsoanteriorer Querlage; Entwicklung derselben am Fusse; hinter der Frucht, den Uteruskörper theilweise bedeckend, lag die Placenta; Entfernung derselben sammt den die Frucht theilweise umhüllenden Eihäuten. Die Vorderwand des Uterus ist durch einen bogenförmigen, nach oben convexen ca. 12 cm langen Riss in zwei

Theile getrennt, deren oberer das gut contrahierte Corpus uteri ist. Der untere Wundrand ist lappenförmig und besteht in seinem obersten Antheile nur aus losgelöstem Peritoneum. Er überdeckt die breite, zerfetzte und blutende Rissfläche, welche sich gegen das Cavum uteri fortsetzt und daselbst als Querriss 1 bis 2 cm oberhalb des inneren Muttermundes sich in dieses öffnet. Wegen dieser ungünstigen Wundverhältnisse und weil der schon recht anämische Zustand der Patientin zu rascher Beendigung der Operation drängte, wurde die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen.

Beide Ligamenta lata werden mit je drei Partienligaturen abgebunden und durchtrennt, der untere abgerissene Wundrand wird nur geglättet und abgerundet, im übrigen aber in seinem Zusammenhang mit Blase und Vagina belassen, ein entsprechend grosser Serosappen der Hinterseite des Uterus umschnitten und abpraeperirt, dann die beiden Aa. uterinae umstochen und schliesslich der Uterus durch Umstechung und Durchschneidung des Scheidengewölbes entfernt. Sorgfältige Toilette des Peritoneum. Die Ränder des vorderen und hinteren Serosalappens werden, nachdem der Raum unter denselben durch einen in die Vagina geleiteten Jodoformgazestreifen drainirt worden, durch seroso-seröse Naht vereinigt und hierauf die Bauchhöhle durch Etagennaht geschlossen.

Dauer der Operation: 2 Stunden. Puls nach der Operation 130, aber ziemlich kräftig und regelmässig. Temperatur 36·8 C.

Die frischtodte Frucht entsprach in Grösse und Gewicht einer vom Ende des neunten Schwangerschaftsmonats und zeigte keinerlei Abnormitäten. Der Schädel der Frucht zeigte weder eine Kopfgeschwulst noch war er konfiguriert[1])

Der Verlauf p. o. war ein vollständig ungestörter: Am 6. Tage wurde der Drainstreifen aus der Vagina, am 10. Tage die Bauchdeckennähte entfernt, am 17. Tage verliess Patientin das Bett und wurde am 25. Tage geheilt entlassen. Der Entlassungsbefund bot nichts Bemerkenswerthes.

Die Erklärung der Entstehung des Risses ist nicht leicht, denn es hatte die Gebärende schon zweimal ohne besondere Schwierigkeiten reife lebende Kinder geboren; sie hat seit der letzten Geburt keine schwere Krankheit überstanden und hat ein Trauma, welches die Continuitätstrennung zu erklären vermöchte, nicht stattgefunden.

Der Fall ist bemerkenswerth durch die Thatsache, dass die Zerreissung der Gebärmutter vor dem Blasensprunge eintrat und dass schon in der Eröffnungsperiode Presswehen sich einstellten. Ich konnte in der Litteratur nur zwei ähnliche Fälle finden, welche von Pritzl[2]) und von Kilian[2]) berichtet wurden.

Zum Zustandekommen einer Uterusruptur muss das Verhältniss der drei den Geburtsverlauf bestimmenden Componenten: Wehenthätigkeit, Frucht und Geburtskanal, eine Störung erleiden. In unserem Falle können wir bezüglich der Frucht, welche keinerlei Abnormitäten darbot, nicht von einem Missverhältnisse sprechen.

Von grösserer Wichtigkeit aber war das Verhalten der beiden anderen Faktoren. Soll eine Zerreissung im unteren Uterinsegmente eintreten, so muss die Cervix nach unten fixiert sein.

---

[1]) Die Masse und das Gewicht der Frucht konnten nicht aufgenommen werden, da das Wartpersonal infolge eines Missverständnisses dieselbe vorzeitig weggeräumt hatte.

[2]) R. von Braun-Fernwald: „Ueber Uterusruptur." Wien 1894. p. 25.

Diese Fixierung besorgen ihre natürlichen Verbindungen mit dem knöchernen Becken. Zu dieser Befestigung muss jedoch noch der Zug treten, welchen der Hohlmuskel nach oben ausübt und welcher die Ueberdehnung der Wand des unteren Uterinsegments hervorbringt. Ausser der genannten Art der Fixierung der Cervix kommt in manchen Fällen gewiss noch eine andere Entstehungsart derselben vor, indem der zwischen knöcherner Beckenwand und Fruchtschädel eingeklemmte Muttermund festgestellt wird. Diese Entstehungsart ist in unserem Falle abzuweisen, da auch bei wiederholter Untersuchung sowie auch bei Laparotomie der Rand des Muttermundes dünn und ohne Druckspuren gefunden wurde. Es ist deshalb als sicher anzunehmen, dass die Fixierung des unteren Theiles des Uterus durch seine Bänder genügt haben muss, um die Entstehung des Risses in der gedehnten Wand des unteren Uterinsegments zu ermöglichen. Diese Dehnung braucht nun nicht einmal beträchtlich gewesen zu sein, da die Wand zweifellos zur Ruptur praedisponiert war. Bei der vorhergegangenen Geburt hatte sich nach Abgang der Placenta eine schwere, länger dauernde Blutung infolge von Atonie eingestellt. Diese ist, da alle anderen hierfür heranzuziehenden Gründe fehlen, auf eine Schwäche und geringe Widerstandsfähigkeit der Uteruswand zurückzuführen.

Der dritte Faktor endlich, die Wehenthätigkeit, verdient gleichfalls berücksichtigt zu werden. Die Wehen hatten etwa acht Stunden vor Eintritt der Ruptur eingesetzt und bald eine sehr bedeutende Intensität erreicht. Es traten dann etwa zwei Stunden vor der Ruptur noch Presswehen auf, die also in der Eröffnungsperiode noch vor dem Blasensprung sich einstellten, ohne dass aber letzterer als verzögerter zu bezeichnen wäre, da der Muttermund noch nicht vollständig verstrichen war.

Die Frage, ob die Presswehen zur Entstehung der Ruptur beizutragen imstande sind, fand in den Verhandlungen des Congresses der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie 1895 eingehende Würdigung.

Olshausen und Hofmeier traten für die Ansicht Michaelis' ein, welcher angiebt, dass die Steigerung des intraabdominalen Druckes durch die Bauchpresse eher einer Ruptur entgegenwirke, als sie befördere, weil durch den allseitigen, auf den Uterus wirkenden Druck der Widerstand seiner Wand gegen den Innendruck verstärkt würde. Fritsch und Sänger sprachen sich hingegen dahin aus, dass die Kraft der Bauchpresse unter gewissen Umständen eine Ruptur hervorbringen könne; denn wenn während der Wehe noch der Druck der Bauchpresse auf den Uterus wirkt, ist dieser, wie Sänger sagt, einem geblähten Ballon von ungleicher Wandstärke zu vergleichen, welchen der allseits wirkende äussere Druck durch die Verstärkung seines Innendruckes im Augenblicke der höchsten Druckwirkung, wenn der Inhalt nicht entweichen kann, an der schwächsten Wandstelle zum Platzen bringt.

Es hatte also in diesem Falle die in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzte Uteruswand neben der durch das Zurückziehen des Hohlmuskels entstandenen Zerrung noch den durch die Presswehen verstärkten Intrauterindruck auszuhalten und sie barst, als diese Kräfte ihren Widerstand überstiegen.

Dass sich die Ruptur mit dem Befunde eines engen Beckens vergesellschaftete, ist demnach nur von untergeordneter Bedeutung. Die Beckenenge war hier nicht Grund der Ruptur, der Schädel zeigte auch keinerlei Zeichen einer Configuration; man könnte der Beckenenge höchstens indirekt eine Schuld beimessen, als sie durch die Anstrengung der Uterusmuskulatur bei den früheren Geburten Anlass zu hochgradiger Dehnung schon im Beginne neuerlicher Wehenthätigkeit gab.

Es ist in diesem Falle recht schwierig einzusehen, wie es denn kommt, dass die Fruchtblase den gewaltigen Druck, der den Uterus zum Platzen bringen konnte, auszuhalten vermochte, ohne vorher zu springen. Die Untersuchung der Eihäute ergab eine beträchtliche Zähigkeit, ohne dass dieselben jedoch verdickt waren.

Vielleicht hätte sich in diesem Falle durch künstliche Blasensprengung die Ruptur vermeiden lassen.

Eine Abweichung vom gewöhnlichen Symptomenbild der Uterusruptur bestand im vorliegenden Falle darin (solche Fälle sind bekannt), dass dieselbe ohne bemerkenswerthen Schmerz eingetreten war. Die Gebärende, die vorher über die heftigsten Schmerzen geklagt hatte, wurde recht ruhig, und es stellte sich, ohne dass Collaps eintrat, ein Zustand von Euphorie ein: „sie fühlte sich erleichtert". Erst die Beobachtung der Blutung aus dem Genitale liess die Hebamme an eine Abnormität denken und den Arzt rufen, der nun die perfekte Uterusruptur erkannte.

Zur Anatomie des Risses sei bemerkt, dass derselbe als Querriss die Vorderwand des unteren Uterinsegmentes durchsetzte, in der Weise, dass der mit der Blase zusammenhängende Wundrand in seiner oberen Parthie einen breiten Peritoneallappen vorstellte, welcher sich zur Nahtvereinigung mit der breiten und unregelmässig geformten Fläche des oberen Wundrandes nicht eignete, welcher nun aber bei der nun folgenden Totalexstirpation als vorderer Decklappen zum Abschlusse der Bauchhöhle trefflich Verwendung finden konnte.

Im Anschluss möchte ich berichten, dass sich bei Fall I etwa 6 Wochen nach ausgeführter Totalexstirpation heftige Erscheinungen des anticipierten Climacteriums einstellten, wegen welcher die Patientin das gynaecologische Ambulatorium aufsuchte. Sie klagte über plötzlich aufsteigende Hitze und Röthung des Kopfes, Nachtschweisse, durch Beklemmung gestörten Schlaf und Appetitlosigkeit. Da die objektive Untersuchung keinerlei Organveränderung erkennen liess, nahmen wir zur Organotherapie unsere Zuflucht und verwendeten ein Ovarialpräparat. Nachdem in drei vorhergegangenen Fällen „Ovaradèn"

ohne Erfolg, ja sogar mit theilweiser Steigerung ähnlicher Beschwerden angewendet worden war, wurde „Oophorin Freund“ (der Berliner Fabrik organotherapeutischer Präparate Dr. Freund und Dr. Redlich) und zwar mit bestem Erfolge gereicht. Die Kur begann mit zwei Tabletten (1 Tabl. = 0,5 Trockensubstanz) im Tag und wurde die Tablettenzahl nach zwei Tagen auf täglich drei erhöht. Schon nach Einnahme von im Ganzen 16 Stück war Schlaf und Appetit gebessert. Nach weiteren 30 Tabletten waren binnen zehn Tagen alle Beschwerden, insbesondere auch die hartnäckigen Wallungen geschwunden. Als Patientin nun durch zwei Tage dieses Medikament aussetzte, stellten sich jene sofort wieder ein, um aber nach dauernder Einnahme von je drei Pastillen im Tage vollständig zu verschwinden. Seitdem ist die Patientin gesund, obgleich sie die Medikation ausgesetzt hat.

Graz, am 15. Juli 1897.

III.

Aus Professor Sänger's Frauenheilanstalt in Leipzig.

Ueber adenomähnliche Wucherungen der Tubenschleimhaut bei Tubentuberkulose.

Von

Dr. BRUNO WOLFF,

früherem Volontärassistenten der Anstalt.

(Hierzu Taf. VIII.)

Im Gegensatz zu der Häufigkeit primärer Geschwülste an anderen Teilen des weiblichen Geschlechtsapparates war für das Studium der primären Eileitergeschwülste bis vor kurzem erst ein sehr kleines Material zuverlässiger und verwertbarer Beobachtungen in der Literatur niedergelegt.

Es hat sich zwar dieses Material seit der Ausbildung der operativen Gynäkologie, wie Sänger und Barth[1]) hervorheben. in der jüngsten Zeit auffallend schnell gemehrt „und den Tuben ihren Ruf, von primären Neubildungen fast nie befallen zu werden, gründlich benommen“, die Zahl der mitgeteilten Fälle ist aber auch jetzt noch nicht gross, und eine Reihe von Fragen, die in der Lehre von den primären Eileitergeschwülsten noch ihrer Lösung harren, machen die Veröffentlichung weiterer Beobachtungen wünschenswert.

Deshalb dürfte es berechtigt sein, die Präparate eines von Herrn Professor Sänger im Januar d. J. operierten Falles genauer zu erörtern, die derselbe mir zur Untersuchung zu übergeben die Güte gehabt hat.

---

[1]) Die Neubildungen der Eileiter. In A. Martin's Handb. d. Krankheiten d. weibl. Adnexorgane. 1895.

Es fanden sich hier in beiden exstirpierten Tuben epitheliale Wucherungen, zugleich aber auch typische Tuberkel. Somit liefert der Fall nicht nur einen Beitrag zur Lehre von den Tubenneubildungen, sondern die Combination der epithelialen Wucherungen mit der Tuberkulose giebt ihm zugleich ein allgemeineres pathologisch-anatomisches Interesse.

Prof. Sänger sah die Kranke zum ersten Male am 9. Mai 1890 in Consultation mit Dr. T. in Ch. — Sie war damals 20 Jahre alt und seit 2 Jahren steril verheiratet. Die Diagnose schwankte zwischen linksseitiger Pyosalpinx mit Peri-Salpingo-Oophoritis nebst Pelvi-peritonitis exsudativa (subacuta) und zwischen Abortus tubarius und Hämatocelenbildung. Unter abwartender Behandlung verkleinerte sich damals die reichlich faustgrosse Adnexgeschwulst allmählich, doch nicht ohne mehrmalige entzündliche Nachschübe.

Erst nach etwa einem halben Jahr war die Kranke soweit hergestellt, dass sie wieder leistungsfähig wurde und nur zeitweilig über Unterleibsschmerzen zu klagen hatte.

Erst nach über $6\frac{1}{2}$ Jahren sah Prof. S. die Kranke, welche inzwischen weit weg verzogen war, wieder. Früher von schlanker Figur und mager, war sie nun sehr beleibt geworden, doch von „pastösem" Aussehen. Sie gab an, seit einem halben Jahre wieder Unterleibsbeschwerden, besonders im linken Hypogastrium, gehabt zu haben, zeitweilig von grosser Heftigkeit; zugleich T.-Steigerungen bis über 38°. Bis vor 14 Tagen habe sie 5 Wochen ganz das Bett gehütet unter anfallsweise aufgetretenen, von ihr als „unerträglich" bezeichneten Schmerzen. Um diese zu verlieren und „endlich einmal ganz gesund zu werden", wollte sie operiert sein.

Die Untersuchung stellte links einen kleinfaustgrossen, buckligen, derben und unbeweglichen Adnextumor fest, rechts einen beweglicheren solchen, etwa von Gänseeigrösse. Uterus dextrovertirt, völlig fixiert. Innere Organe (Lungen, Herz, Nieren, Blase) gesund.

Hier mag eingeschaltet werden, dass Pat. von gesunden Eltern stammte und sich anamnestisch weder von Seiten ihrer Familie noch ihrer selbst Anhaltspunkte für Tuberkulose gewinnen liessen. Wohl aber machte der Gatte, der leider daraufhin nicht weiter untersucht werden konnte, einen Phthise-verdächtigen Eindruck. —

Coeliotomie, am 12. Januar 1897.

Man stiess zunächst auf allseitige Verwachsungen von Netz und Intestinis, ein Beweis, dass vor 6 Jahren eine allgemeine Peritonitis bestanden haben müsse. Mühselige Herausarbeitung der in einem nach oben convexen Bogen vorspringenden linken Tube, überhaupt der linken Adnexa aus ihren Verwachsungen. Zwischen ihnen und dem gleichfalls ganz in Adhäsionen verschwundenen Uterus eine Anzahl Serocelen bis zu Wallnussgrösse. Befreiung der rechtsseitigen Adnexa leichter.

Nun Salpingo-oophorectomia sin. mit Ausschneidung der Tube innerhalb des Uterushornes und ebenso Salpingectomia dextra. Das rechte anscheinend gesunde Ovarium wurde also der noch jungen Frau erhalten.

Verlauf völlig ungestört. Höchste Temperatur am 2. Tag p. op. 38°, höchster P. 124.

Dann stets T. und P. normal. — Die späteren Nachrichten über das Befinden durchaus günstig.

Die exstirpierten Adnexe boten makroskopisch den folgenden Befund dar:

Die linken Adnexe sind durch dichte Membranen in einen Knäuel zusammengezogen.

In diesem verläuft die Tube unter annähernd halbmondförmiger Biegung, aber mit einer ziemlich scharfen Abknickung

in ihrem mittleren Teil. Sie ist in einen ringfingerdicken Strang umgewandelt, der etwa in der Mitte entsprechend der Abknickungsstelle noch eine weitere mässige Anschwellung zeigt. — Die Tube wird der Mesosalpinx gegenüber aufgeschnitten. —

Das mediale Ostium ist offen und man gelangt von ihm aus in einen für eine feine Sonde durchgängigen Kanal, der gegen die geschilderte Abknickungsstelle hin sich trichterförmig verengt und schliesslich durch Tumormassen, die das Lumen des Eileiters in seinem mittleren Teil ausfüllen, gänzlich verschlossen wird. Dieser bis zu den Tumormassen reichende Teil der Tube ist 4 cm lang. Seine Wandung ist überall ziemlich gleichmässig und zwar etwa 0,4 cm dick. Die Breite der aufgeschnittenen Wand beträgt ca. 2 cm. Die Innenfläche zeigt allenthalben eine unebene, teils feinkörnige, teils zottige Beschaffenheit. Gegen die Tumormassen in der Mitte des Eileiters hin treten grössere, bis reiskorngrosse, papillenartige Erhebungen auf.

Die erwähnten Tumormassen, die weiter lateralwärts folgen, sind annähernd bohnengross. Anscheinend ist die Wand der Tube von den Massen infiltriert. Sie gehen diffus in das umgebende Gewebe über. Die Oberfläche dieses markigen Tumors zeigt im wesentlichen einen knotigen, an einzelnen Stellen jedoch mehr einen papillären Bau.

In der lateralen, ca. 7 cm langen Strecke des Eileiters lässt sich hinter diesen Tumormassen wieder ein durchgängiger Kanal nachweisen, der am abdominellen Ende, wo die Tube in die dichtesten Verwachsungen übergeht, verschlossen wird. Auch in diesem Teil besetzen kleine Knötchen oder Papillen das Innere des Eileiters.

Das linke Ovarium wird durch einen in Bindegewebsmassen eingeschlossenen, runden, annähernd haselnussgrossen Körper dargestellt, der eine sehr derbe Consistenz und eine fibröse, mit kalkartigen Einlagerungen durchsetzte Schnittfläche aufweist. —

Die rechte Tube ist in einen Tumor verwandelt, der sich aus drei hufeisenförmig gegen einander abgebogenen Teilen zusammensetzt. Diese drei Teile sind erstens ein wurstförmiger, daumendicker Strang, in welchen das uterine, zweitens eine annähernd apfelgrosse, ellipsoide, cystenartige Anschwellung, in welche das abdominelle Ende umgebildet ist, und drittens ein zwischen beiden befindliches kurzes, dickeres, kolbiges Mittelstück.

Beim Aufschneiden der Tube der Mesosalpinx gegenüber entleert sich aus der cystoiden Anschwellung der Pars abdominalis tubae eine trübe, seröse Flüssigkeit. Die Wand dieses Teils ist überall ziemlich gleichmässig 0,4 bis 0,5 cm dick. Der Durchmesser des Sackes beträgt 5 cm. Sein abdominelles Ende ist verschlossen. Die Innenfläche der Wand ist durch zahlreiche dünne Bälkchen unregelmässig zerklüftet.

Das mediale wurstförmige Stück hat einen sich nach

der Mitte der Tube hin allmählich erweiternden Kanal und besitzt eine Länge von 7 cm. Die Dicke seiner Wand beträgt 0,3 bis 0,4 cm. Die Breite der flach ausgebreiteten Wand nimmt vom medialen zum lateralen Ende hin allmählich zu und dehnt sich von 1 auf 4 cm aus. An zwei Stellen zeigen sich jedoch kleinere Einschnürungen. Die Schleimhautoberfläche dieses Teils zeigt eine querverlaufende Furchung, in seinem medialen Abschnitt zwischen diesen Furchen stecknadelknopfgrosse Knötchen, in seinem lateralen Teile feine papillenartige Hervorragungen, sowie ein linsengrosses Knötchen.

Das zwischen diesem wurstförmigen und cystoiden Stücke der Tube gelegene kurze, kolbige Mittelstück derselben weist eine sanduhrförminge Einschnürung auf. An dem aufgeschnittenen Präparat hat es, über dieser in seiner Mitte gelegenen schmalsten Stelle gemessen, eine Wandungsbreite von 2,5 cm.

Durch circumscripte Tumormassen, die in diesem Abschnitt in das Innere des Eileiters hineingewuchert sind, wird der Tubenkanal verengt und an der Grenze der cystoiden Anschwellung der Pars abdominalis vollständig verschlossen. Von den Tumormassen scheint die Wand der Eileiter infiltriert zu sein; sie sind von markiger Beschaffenheit und stellen bohnengrosse Knoten dar, die auf ihrer Oberfläche einen ausgesprochen papillären Bau zeigen. Die Tumormassen gehen diffus, allmählich flacher werdend, in das umgebende Gewebe über.

War vor der Operation die Diagnose auf chronische, doppelseitige Salpingitis und Perisalpingo-oophoritis bei rechtsseitiger Hydrosalpinx gestellt worden, so schien es nach diesem makroskopischen Befunde ganz, als wenn man es mit einem doppelseitigen, primären Tubenkrebs zu thun habe. Die in beiden Eileitern vorhandenen markigen, dicken Geschwulstmassen mit ihrem papillären Bau und ihrem diffusen Uebergang in das umgebende Gewebe boten in so ausgesprochener Weise das Bild maligner Neubildungen dar, dass man annehmen musste, es handele sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um ein Carcinom.

Es wurde nunmehr eine genaue mikroskopische Untersuchung sowohl der Tumormassen in der Mitte der Tuben wie auch anderer Abschnitte der Eileiter und des linken Eierstocks vorgenommen. Zu diesem Zwecke wurden die Präparate zuerst in Formol, dann in Alkohol gehärtet, und hierauf sowohl Paraffin- wie Celloidinschnitte angefertigt, die teils mit Hämatoxylin und Eosin, teils nach der van Gieson'schen Methode gefärbt wurden.

Mikroskopischer Befund.

Schnitte, die durch das Mittelstück der rechten und linken Tube gelegt sind und hier die Wand des Eileiters im Zusammenhang mit den in das Lumen der Tube hineinragenden Massen zeigen, lassen nirgends ein unversehrtes Oberflächenepithel erkennen. Die gesammte Schleimhaut erweist sich als umgewandelt in die makroskopisch als Tumor imponierende Masse.

Diese zeigt als Grundstock ihres Gewebes ein feinfaseriges, bindegewebiges Stroma, das netzartig verschlungen überall hin ausstrahlt und von zahlreichen kleinen Rundzellen durchsetzt ist.

In dieses feinfaserige Bindegewebe eingelagert, finden sich sehr zahlreiche, kleine Herde von Zellen, die einen ausgesprochen epithelioiden Character, unregelmässige Gestalt, deutlich erkennbaren, bei der van Gieson'schen Färbung gelblich erscheinenden Zellleib und gut färbbaren Kern besitzen. Vielfach liegen diese Zellen, von einem circulär verlaufenden Kranz von Bindegewebsfasern scharf umgrenzt, typisch knötchenartig angeordnet in rundlichen Haufen bei einander, neben und zwischen ihnen einige Rundzellen. In diesen Herden bemerkt man zahlreich verbreitet, zum Teil sehr grosse Riesenzellen mit kernfreiem Centrum und vielen wandständigen Kernen. Auch finden sich an einigen Stellen neben den Riesenzellen sehr wenig ausgedehnte, aber doch vollkommen ausgeprägte Partieen, an denen die Kernfärbung undeutlich wird und das Protoplasma der Zellen zu einer blassgelblich erscheinenden, homogenen Masse verschmilzt, sodass mithin die Anfänge einer Verkäsung vorzuliegen scheinen.

Auf den ersten Blick fallen nun ausser den Knötchen äusserst zahlreiche, überall hin verbreitete, mit Cylinderepithel ausgekleidete Schläuche ins Auge, die ganz den Eindruck drüsenartiger Gebilde machen (vgl. Tafel VIII, Fig. 1 u. 2). Es verzweigen sich diese Schläuche mit einer sehr grossen Unregelmässigkeit und schicken nach den verschiedensten Richtungen hin Sprossen und Aeste aus. Vielfach ragen auch von der Wand jener Gebilde her papillenartige Sprossen (vgl. Tafel VIII, Fig 2) und Brücken von beiden Seiten in das Lumen hinein. Oft sind die Schläuche senkrecht zu ihrem Verlauf getroffen, und es zeigt sich dann das gewöhnliche Bild von mit Cylinderepithel umkleideten kreisrunden Drüsenalveolen. — Das Lumen der drüsenartigen Gebilde ist zum Teil recht weit und mit einer homogenen, in der van Gieson'schen Färbung rötlichgelb erscheinenden Masse, die an vielen Stellen von Rundzellen durchsetzt ist, erfüllt, sodass hier mehr der Eindruck von Cysten hervorgerufen wird. Die Cylinderepithelzellen sind gut erhalten, haben einen deutlich färbbaren Kern und bekleiden die Wand in einer einfachen Schicht. Nur an wenigen Stellen wird durch Schiefschnitte eine Mehrschichtigkeit des Epithels vorgetäuscht. Den Grundstock der drüsenartigen Bildungen liefert ein in papillenartigen Fortsätzen sich erhebendes, feinfaseriges und zellreiches Bindegewebe.

Obwohl nun im Allgemeinen an den einen Abschnitten der Präparate viel reichlicher die epithelialen Schläuche, an anderen mehr die Anhäufungen der epithelioiden und Riesenzellen liegen, so stehen doch auch hier und da solche von einem Bindegewebskranz scharf umrandete Knötchen mitten unter den Verzweigungen und Sprossen der dicht an sie heranreichenden, drüsenartigen Gebilde (vgl. Tafel VIII, Fig. 1).

Diese letzteren dehnen sich bis in die tiefsten Schichten der Submucosa aus, aber nirgends dringen sie deutlich in die Muscularis hinein. Bindegewebszüge ziehen aus der letzteren in die so erheblich umgewandelte Schleimhaut über. Eine scharfe Grenze zwischen beiden Schichten kann mithin kaum gemacht werden.

Nirgends aber finden sich da noch epitheliale Elemente, wo bereits eine deutliche Ausbreitung von Muskelzügen begonnen hat. Ebensowenig sind hier epithelioide Zellhaufen und Riesenzellen gelegen. Die Knötchenbildung scheint also gleichfalls ganz auf die Schleimhaut beschränkt zu sein.

Die Muscularis ist verdickt. Die Muskelzüge sind von reichlichen und starken Bindegewebssträngen durchsetzt. Vielfach fallen kleinere Infiltrate von Rundzellen ins Auge.

Dieses Bild ist an den mit den Tumormassen ausgefüllten Mittelstücken beider Eileiter deutlich ausgeprägt; doch treten in den dickeren Tumormassen der rechten Tube die epithelialen Schläuche mehr in den Vordergrund als links, und sie scheinen rechts auch noch reichlicher verästelt und von unregelmässigerer Gestalt zu sein, als an der anderen Seite.

Schnitte, die durch andere Teile der Eileiter, so durch das als wurstförmig geschilderte, uterine Stück der rechten Tube gelegt sind, bieten ein etwas anderes Bild dar:

Hier bemerkt man streckenweise noch ein gut erhaltenes Oberflächenepithel. Von oben aus senken sich Falten drüsenartig in die Schleimhaut ein, die auch an diesen Stellen bereits eine auffallend reiche Verästelung zeigen. Im Innern der Schleimhaut finden sich drüsenschlauch- und alveolenartige, mit Cylinderepithel ausgekleidete Gebilde, aber ohne dass diesen so unregelmässige und zahlreiche Sprossen eigen sind, wie solche an den vorher geschilderten Präparaten bemerkt wurden. Ueberall liegen in den Schnitten viele von Bindegewebszügen umgrenzte Anhäufungen epithelioider und runder Zellen mit Riesenzellen, die das Aussehen der vorhin charakterisierten besitzen. Auch hier sind die epithelialen Elemente lediglich auf die Schleimhaut beschränkt; die Knötchen jedoch scheinen vereinzelt schon in die Muscularis eingedrungen zu sein.

Die Wand des cystoiden Teils der rechten Tube zeigt nirgends ein Oberflächenepithel oder eine deutliche Submucosa. Sie besteht aus dichten Bindegewebs- und Muskelzügen, die einander durchflechten. In diese Wand sind einige runde oder schlauchartige Hohlräume mit weitem Lumen eingelagert. Sie zeigen sich mit einem einfachen Cylinderepithel umkleidet und sind im Innern mit bröckligen Schollen und Rundzellen erfüllt.

Schnitte durch das exstirpierte linke Ovarium ergeben, dass dieses im wesentlichen aus einem dichten, in seinen Randpartieen mehr aus einem zellreichen Bindegewebsstroma besteht. Nirgends sind Follikel, epitheliale oder epithelioide oder Riesenzellen wahrzunehmen. —

Es wurden nun zahlreiche Schnitte auf Tuberkelbacillen untersucht und dies führte zu einem mitteilenswerten Ergebnis:

Ich benutzte die Ziehl'sche Methode der Tuberkelbacillenfärbung, aber es gelang mir trotz einer sehr grossen Zahl durchsuchter Schnitte nicht, Bacillen aufzufinden. Hierauf hatte Herr Geheimrat Weigert in Frankfurt a. M., dem ich dafür meinen besten Dank ausspreche, auf meine Bitte die Güte, ebenfalls eine Untersuchung der Präparate auf Tuberkelbacillen vorzunehmen. Auch er erhielt zunächst an etwa 30, von ihm nach der Ziehl'schen Methode behandelten Schnitten lediglich negative Resultate. Dagegen gelang es ihm sofort, und zwar nicht einmal sehr spärliche (etwa in jedem zweiten Präparat einen), übrigens sehr gut ausgeprägte Tuberkelbacillen, sowohl in den Riesenzellen als neben diesen, aufzufinden, als er zur Färbung die von ihm[1]) etwas modificierte[2]) Ehrlich'sche Methode benutzte.

Nach diesem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung musste die auf das makroskopische Aussehen der Präparate hin gestellte Diagnose primärer, maligner Neubildungen, ebenso wie vorher die klinische Diagnose chronischer doppelseitiger Perisalpingooophoritis bei rechtsseitiger Hydrosalpinx aufgegeben werden.

Wir haben an den Schnitten zweierlei Processe zu unterscheiden, einmal einen epithelialen Wucherungsprocess und zweitens Knötchen, die sich ihrer ganzen Natur nach als typische Tuberkel erwiesen.

---

[1]) s. R. Koch: Die Aetiologie der Tuberkulose. Mitteilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. II. 1894.

[2]) a) Anilinwasser 89 } die Farbe muss
Gesättigte alkoholische Methylvioletlösung 11 } frisch bereitet sein.
b) 25 % Salpetersäure.
c) Alkohol.

Im Folgenden werden wir zunächst die Tuberkulose, dann den epithelialen Wucherungsprocess und drittens beide in ihrer Combination mit einander besprechen.

Die durch die Befunde von Tuberkelbacillen sicher gestellte Diagnose der Tuberkulose konnte allerdings schon nach dem histologischen Bilde kaum zweifelhaft sein.

Das Resultat der Untersuchung auf Tuberkelbacillen verdient aber in unserem Falle wegen des an diesen Präparaten von Herrn Geheimrat Weigert festgestellten beachtenswerten Unterschiedes in dem Ergebnis der Ziehl'schen und Ehrlich'schen Methode (mit ihrer von Weigert angegebenen kleinen Modification) ganz besonders hervorgehoben zu werden.

Der Befund lässt auf eine Unsicherheit der Ziehl'schen gegenüber der Ehrlich'schen Methode schliessen. Diese Unsicherheit dürfte in solchen Fällen, wo in den Schnitten nur wenige Bacillen vorhanden sind, sehr in Betracht kommen.

Ehrlich[1]) hat hervorgehoben, dass man die von ihm „geschilderte Methode in ihrer vollen Rigorosität nicht in allen Fällen anzuwenden" brauche, „insbesondere nicht für die Diagnose einer gewöhnlichen Phthisis pulmonum, da hierfür schon die Färbung in heissem Fuchsinwasser und Entfärbung durch Salpetersäure genügt". Dagegen empfahl er die stricteste Beobachtung der von ihm gegebenen Regel „in allen den Fällen, in denen voraussichtlich nur höchst spärliche Bacillen in irgend einem Untersuchungsobject vorhanden sind".

Es bedarf weiterer Feststellung, ob nicht, wie es nach dem hier mitgeteilten Befunde wohl möglich ist, negative Resultate der Tuberkelbacillenuntersuchung an derartigen Präparaten, also besonders bei sehr chronischer Tuberkulose, häufig lediglich auf die Anwendung der Ziehl'schen Methode zurückzuführen sind.

Dem histologischen Bilde nach fanden sich in unserem Falle überall die characteristischen, vielfach von einem Bindegewebskranz umgrenzten Anhäufungen von epithelioiden Zellen mit einigen Rundzellen, sowie zahlreiche Riesenzellen, die wandständige Kerne und kernfreies Centrum aufweisen. — Auch Anfänge einer Verkäsung waren, aber nur in sehr geringer Ausdehnung, stellenweise wahrzunehmen.

Somit bietet sich die Tuberkulose hier in einer höchst chronischen, rein miliaren Form dar. Ihr Sitz ist ganz oder fast ganz auf die Schleimhaut beschränkt.

Von besonderem Interesse ist hinsichtlich der Tuberkulose der Fall nun insofern, als er zeigt, wie notwendig die mikroskopische Untersuchung ist, wenn man das Vorkommen der Genitaltuberkulose beim weiblichen Geschlecht nicht übersehen will. Erst durch die genaue mikroskopische Betrachtung hat man, wie neuere Untersuchungen

[1]) Beiträge zur Theorie der Bacillenfärbung. A. Hirschwald 1886.

ergaben[1]), ein Bild von der Häufigkeit dieser Krankheit gewonnen. —

Williams[2]) war wohl der erste, der hierauf besondere Aufmerksamkeit gelenkt hat, und für die Fälle, in denen erst das Mikroskop die Tuberkulose unvermuteter Weise erkennen lässt, während makroskopisch nichts davon wahrzunehmen war, den Ausdruck „unsuspected genital tuberculosis" anwendete.

Dieser Klasse von Fällen reiht sich auch der unsrige seiner Form nach an. Auch bei ihm begründete das makroskopische Aussehen der Präparate keinen Verdacht auf Tuberkulose, vielmehr schien eine maligne Neubildung vorzuliegen, und erst die mikroskopische Untersuchung deckte jene unerwartete Affection auf.

In einer kürzlich erschienenen Arbeit hat Askanazy[3]) aus der Literatur und der eigenen Beobachtung Fälle zusammengestellt, welche zeigen, dass es eine „tumorartige Tuberkulose verschiedener Organe" giebt, „die sich mikroskopisch von dem gewöhnlichen Bilde der Tuberkulose principiell nicht unterscheidet", und die ihr „eigenartiges makroskopisch anatomisches, an einen Tumor erinnerndes Gepräge" durch den „vollkommenen Mangel einer Tendenz zur Einschmelzung, die abnorme Grösse der Neubildungen, sowie ihre derbe Consistenz" erhält. Die Diagnose dieser „eigentümlichen, tumorartigen Form tuberkulöser Erkrankung" kann makroskopisch, wenn überhaupt, nur vermutungsweise gestellt werden, und erst die mikroskopische Untersuchung giebt den Aufschluss über das Wesen der Krankheit.

Die Zahl der bisher publicierten Fälle tumorartiger Tuberkulose ist nach Askanazy nicht gross; am häufigsten ist sie am Kehlkopf beobachtet worden, wo der Tumor dann als Fibrom, Papillom oder Carcinom imponierte.

An den weiblichen Geschlechtsorganen ist das Vorkommen einer tumorartigen, carcinomähnlichen Form der Tuberkulose für den Uterus von mehreren Autoren beschrieben worden.

---

[1]) Vgl. Williams: Tuberculosis of the female generative organs. John Hopk. Hosp. Rep. Vol. III. 1893.

Penrose u. Beyea: Tuberculosis of the Fallop. tubes. American journal of medic. sciences. Nov. 1894.

B. Wolff: Ueber die Tuberkulose des Eierstocks. Archiv für Gynäkol. Bd. 52, 1896.

Menge: Bakteriol. des Genitalkan. der nicht schwangeren und nicht puerperal. Frau. Leipzig 1897.

Schottländer: Ueber die Tuberkulose des Eierstockes u. s. w. Monatsschrift f. Gebh. u. Gyn. Bd. 5, 1897.

E. Kaufmann: Beitrag zur Tuberkulose der Cervix uteri. Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk. Bd. 37, 1897.

Walther: Beitrag zur Kenntn. d. Uterustuberkulose. Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 5, 1897.

[2]) l. c.

[3]) Ueber tumorartiges Auftreten der Tuberkulose. Zeitschr. f. klinische Medicin. Bd. 32, 1897.

Besondere Erwähnung verdient hier ein derartiger von v. Franqué[1]) mitgeteilter Fall, bei welchem der Autor mit besonderem Nachdruck auf die dabei festgestellte Unmöglichkeit der makroskopischen Unterscheidung zwischen Tuberkulose und beginnender Carcinose der Uterusschleimhaut hinwies:

Die Untersuchung des aufgeschnittenen, wegen kleinfaustgrossen Cancroids der Vaginalportion exstirpierten Uterus einer 45jährigen Frau zeigte nämlich, „dass die carcinomatöse Infiltration der Cervix ringsherum fast bis zum inneren Muttermund reicht, diesen aber nirgends überschreitet. Cervixschleimhaut völlig intact. 2 cm oberhalb des inneren Muttermunds erhebt sich aus der sonst völlig normal aussehenden Schleimhaut ein kirschkerngrosser markiger Knoten von rötlich weisser Farbe, oberhalb desselben ein zweites gleichartiges Knötchen". „Die makroskopische Betrachtung liess es mehr als wahrscheinlich erscheinen, dass es sich hier um einen der seltenen Fälle gleichzeitiger carcinomatöser Erkrankung des Corpus und der Cervix uteri handele." Die histologische Untersuchung aber ergab „das überraschende Resultat einer im Entstehen begriffenen Uterustuberkulose". Die beiden makroskopisch geschilderten Knötchen „erweisen sich bei der Betrachtung mit schwacher Vergrösserung als zusammengesetzt aus zahlreichen, grösstenteils stark erweiterten und unregelmässig begrenzten Drüsen", die z. T. in Retentionscystchen umgewandelt sind. „Diese Umwandlung in Retentionscystchen macht den Hauptteil der starken Prominenz der Knötchen über die umgebende Schleimhaut aus, zum andern Teil ist dieselbe bedingt durch eine Massenzunahme des Intraglandulargewebes und durch die Einlagerung der tuberkulösen Producte." Das Epithel der Drüsen ist in lebhafter Vermehrung und Absonderung begriffen. „Ersteres geht aus der dichten Stellung der Kerne und aus der Bildung kleiner nach dem Lumen vorspringender Papillen hervor, letzteres aus der Ansammlung reichlichen schleimigen Secrets." „Es handelt sich um nichts anderes, als um die directe Umwandlung der wuchernden Drüsenepithelien in epithelioide Elemente im Sinne der Tuberkulose-Lehre."

Mehrere andere Fälle von Uterustuberkulose, die makroskopisch das Bild einer malignen Neubildung der Gebärmutter darboten, sind in einer soeben erschienenen Arbeit von Kaufmann[2]) aus der Literatur zusammengestellt. In einer eigenen Beobachtung, die Kaufmann ausserdem mitteilt, erwies sich die nach dem makroskopischen Aussehen des Präparates gestellte Diagnose eines Cervixkrebses bei der mikroskopischen Untersuchung als unrichtig; es ergab sich, dass es sich um eine Tuberkulose des Cervikalkanales handele.

Unser Fall zeigt, dass unter diesem makroskopisch carcinomähnlichen Bilde und in Form markiger Knoten die Tuberkulose auch in den Eileitern in die Erscheinung treten kann.

Aetiologisch ist es zweifellos, dass im vorliegenden Falle eine primäre Eileitertuberkulose bestand, da an keinem anderen Organe sich irgend welche Zeichen einer Tuberkulose feststellen liessen, insbesondere auch auf dem Bauchfell nirgends Tuberkel wahrzunehmen gewesen sind.

Ein Aufschluss darüber, auf welche Weise die Tuberkelbacillen in den Körper der Patientin gelangt sind, ist nicht zu

---

[1]) Zur Histogenese der Uterustuberkulose. Sitzungsber. d. physik. med. Gesellsch. in Würzburg. Jahrgang 1894.

[2]) l. c.

geben. Anhaltspunkte, aus denen man mit einiger Sicherheit auf eine Tuberkulose des Ehegatten hätte schliessen dürfen, fehlten.

Stemann[1]) meinte, es bestände eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, dass die chronische Tubentuberkulose immer eine primäre Erkrankung sei, und Orthmann[2]) hat hervorgehoben, dass es den Anschein habe, als wenn die primäre Tuberkulose stets unter dem Bilde der chronischen Tuberkulose auftritt, während die secundäre mehr den Charakter der acuten Tuberkulose trage.

Auch Menge[3]) bestätigt, „dass die secundäre Tubentuberkulose in der Regel acut verläuft und zu einer sehr schnellen Zerstörung des befallenen Gewebes führt, dass dagegen die primäre Tubentuberkulose zumeist eine chronische Erkrankung ist, welche langsam fortschreitet und zunächst mehr productiv, später erst mehr destructiv verläuft."

Mit der Ansicht dieser Autoren steht unser Fall primärer und durchaus chronischer Eileitertuberkulose im Einklang.

Bieten somit die vorliegenden Präparate auch hinsichtlich der Tuberkulose als solcher einige bemerkenswerte Eigenheiten dar, so lag doch der wesentliche Grund zu ihrer besonderen Mitteilung in dem Umstand, dass hier ein epithelialer Wucherungsprocess sich fand, und dieser mit der Tuberkulose combiniert ist.

Was den epithelialen Wucherungsprocess, für sich betrachtet, anbetrifft, so haben wir zuerst zu beweisen, dass ein solcher auch thatsächlich vorhanden sei, und dann die Frage zu erörtern, welcher Natur die Wucherungen sind.

Man könnte ja zunächst annehmen, dass es sich hier garnicht um Neubildungen, sondern nur um Verklebungen der Tubenfalten, um Absprengungen einzelner Zellcomplexe und Exsudationen in die dadurch abgeschnürten, epithelialen Hohlräume handelt.

Martin und Orthmann[4]) geben an, dass bei der chronischen Tubentuberkulose „in der Tiefe der Schleimhaut abgeschnürte Epithelreste noch lange erhalten bleiben; dieselben kleiden entweder die durch die Verwachsung der Falten entstandenen, cystenähnlichen Hohlräume aus, oder sie ziehen in Gestalt von drüsenähnlichen Herden hin".

So fand v. Krzywicki[5]) in einem Falle von Tubentuberkulose „in den Ampullen von Schleimhaut zunächst keine Spur mehr; wohl aber fielen sofort auf den ersten Blick unerklärliche am Rande der Verkäsung, zwischen

[1]) Beiträge zur Kenntnis der Salpingitis tuberculosa und gonorrhoica. Inaug.-Dissert. Kiel 1888.

[2]) Beiträge zur Kenntnis der primären Eileitertuberkulose. Festschrift für A. Martin. Berlin 1895.

[3]) l. c.

[4]) Martin und Orthmann: Entzündung und infectiöse Granulome. In A. Martin's Handb. d. Krankheiten d. weibl. Adnexorgane. I. 1895.

[5]) 29 Fälle von Urogenitaltuberkulose etc. — Ziegler's Beiträge zur pathol. Anat. u. allgem. Pathologie. 1888. Bd. III. S. 312.

ihr und der Muscularis, stellenweise gelegene, als mehr oder weniger gewundene Schläuche imponierende Gebilde, mit Cylinderepithel bekleidet, auf. Dieselben erwiesen sich nach Vergleichung der Präparate mit anderen dem Isthmus entnommenen Schnitten, in denen sich noch hie und da schwache Schleimhautüberreste erhalten haben, als durch die erwähnte Verkäsung comprimierte Ueberreste der bekannten Tubenschleimhautfalten".

Auch Stemann[1]) schildert in einem Falle von Tubentuberkulose in einem keilförmigen Schnitt „aus dem am Infundibulum gebildeten Conus" drüsenschlauchähnliche Gebilde, „die durch Verwachsungen der Schleimhautfalten zu stande gekommen sein müssen",

Indessen ist die Annahme, dass es sich auch in unserem Falle lediglich um bereits früher vorhanden gewesene und nur in andere Beziehungen zu einander und zur Umgebung gebrachte Epithelien handele, von der Hand zu weisen.

Besonders in der rechten Tube finden sich so reichliche, so unregelmässige, bis in die tiefsten Schichten der Submucosa und in die verschiedensten Richtungen sich erstreckende Zellschläuche, dass wir dieselben nicht lediglich durch blosse Verklebungen und Absprengungen erklären können, sondern dass es sich um wirkliche Neubildungen des Epithels handeln muss.

Einen sicheren Beweis aber dafür, dass hier Wucherungsvorgänge bestanden haben, liefert der Umstand, dass deutliche Brücken und Sprossen gebildet sind, die von der Wand der drüsenschlauchartigen Gebilde in das Lumen derselben wie Papillen hineinragen. (Vgl. Tafel VIII, Fig. 2). Ihr Zustandekommen kann nur durch die Neubildung von Epithelien gedeutet werden.

Der epitheliale Wucherungsprocess ist somit zweifellos, und wir haben nun die Frage zu erörtern, welcher Natur die Wucherungen sind, insbesondere ob hier eine carcinomatöse Neubildung vorliegt.

Soweit der Process zur Zeit der Operation vorgeschritten war, hat man, wie ich glaube, keine Berechtigung von einem Krebs zu sprechen. Es fehlt noch ganz das Zeichen des schrankenlosen zerstörenden Fortwucherns in das präformierte Gewebe, das das Characteristicum der bösartigen Neubildung ausmachen würde. — Wenn auch in die tiefsten Schichten der Submucosa, so sind doch nirgends in die Muscularis deutlich epitheliale Elemente eingedrungen. Die vereinzelten, in der Wand des cystoiden Teils der rechten Tube liegenden, mit Cylinderepithel ausgekleideten, cystisch erweiterten Hohlräume kommen nicht in Betracht. Sie sind wohl in der That nur als in die Tiefe gerückte, präformierte Zellcomplexe anzusehen.

Natürlich lässt sich die Möglichkeit nicht ausschliessen, dass aus der vorhandenen epithelialen Wucherung sich im weiteren Verlaufe noch ein Krebs entwickelt hätte, oder dass hier sogar bereits das erste Stadium einer Carcinombildung vorliegt. Jedenfalls fehlt jeder Beweis für eine solche Annahme, und das vorhandene Bild erlaubt nicht, die Diagnose auf ein malignes Neoplasma zu stellen.

[1]) l. c.

Wenn nicht von einem Carcinom, so könnten die drüsenartigen Wucherungen, die lebhaft an die Adenome der Gebärmutterschleimhaut erinnern, auf den ersten Blick dazu veranlassen, von einem Adenom zu reden.

Nun ist aber das Vorkommen von Drüsen in der Tubenschleimhaut allerdings von einigen Autoren behauptet, von anderen aber bestritten worden. Nagel[1]) sagt, dass die einander widersprechenden Angaben beweisen, „dass Drüsen nicht zu den regelmässigen Bildungen der Tubenschleimhaut gehören", obwohl es „unter Berücksichtigung der Entwicklung der Tube nicht befremdend wäre, wenn einmal Drüsen in der Tubenschleimhaut, besonders in der Nähe des Uterus, gefunden werden sollten".

Solange mithin die Frage nach dem Vorhandensein von Drüsen in der Tubenschleimhaut nicht entschieden ist, bleibt es auch zweifelhaft, ob man von einem Adenom derselben sprechen kann.[2])

Wir können nur sagen, dass hier „atypische, in die Tiefe dringende" Epithelwucherungen vorliegen. Bildungen, auf die unter diesem Namen besonders Friedländer[3]) die Aufmerksamkeit gelenkt hat.

Friedländer hat in seiner wichtigen Arbeit „über Epithelwucherung und Krebs" die Unterschiede zwischen Carcinom und atypischer Epithelwucherung eingehend klargelegt und gezeigt, dass wir zwar jeden Krebs als eine atypische Epithelwucherung, nicht aber die atypische Epithelwucherung als ein Carcinom definieren können. „So lange," sagt Friedländer, „die atypisch verlaufenden Epithelstränge nur im Gebiet des neugebildeten Gewebes liegen, so lange ist ein schrankenloses Fortschreiten, eine Malignität der Neubildung noch nicht mit Sicherheit demonstriert; dies ist erst dann der Fall, wenn man die epithelialen Massen im alten, präformierten Gewebe zerstörend fortwuchern sieht, z. B. im Muskel, im Knochen etc.; wenn dies constatiert ist, erst dann können wir sicher sein, in der That ein destruierendes Epitheliom, mit anderen Worten, einen echten Krebs vor uns zu haben."

In unserem Falle dürfte es sich vielleicht empfehlen, für diese atypischen Epithelwucherungen die Bezeichnung „adenomähnlicher Wucherungen" zu wählen. Dieser Name soll nur das Aussehen der hier vorliegenden Neubildung charakterisieren. Zugleich aber kennzeichnet er auch für diesen Fall die Richtigkeit des von Sänger und Barth[4]) aufgestellten Satzes, dass „alle Neubildungen der Tubenschleimhaut ausnahmslos papillärer Natur" sind; denn auch hier ist die Wucherung nach dem aus-

---

[1]) Die weiblichen Geschlechtsorgane. In v. Bardeleben's Handb. d. Anatomie d. Menschen. Jena 1896.

[2]) Vgl. Sänger und Barth, l. c.

[3]) Ueber Epithelwucherung und Krebs. Strassburg 1877.

[4]) Sänger und Barth, l. c.

gesprochenen Typus papillen- oder drüsenähnlicher Ausstülpungen fortgeschritten.

Betrachten wir nun diese adenomähnlichen Wucherungen im Zusammenhang mit der Tuberkulose, wie sie sich im vorliegenden Falle zeigen.

Friedländer[1]) hielt es für das „Wahrscheinlichste, dass die atypischen Epithelwucherungen als secundäre Phänomene zu betrachten sind, welche da eintreten können, wo innerhalb oder in unmittelbarer Nachbarschaft der das Epithel tragenden Membranen Neubildungsvorgänge sich abspielen, welche zur Bildung von Granulationsgewebe oder von specifischer Tumorsubstanz führen".

Gerade bei der Tuberkulose ist das Vorkommen atypischer Epithelwucherungen eine in der pathologischen Anatomie wohlbekannte Erscheinung.

Friedländer[2]) selbst hatte insbesondere bei Lupusgeschwüren epitheliale Netze beschrieben, die durch vom Oberflächenepithel in die Tiefe sich einsenkende Sprossen zustande kommen.

Auch in vielen Fällen von Lungenphthise stellte bereits dieser Autor[3]) das Vorkommen atypischer Epithelwucherung in den kleinsten Bronchialästen fest.

Hansemann[4]) giebt an, dass sich besonders am Larynx bei Tuberkulose, seltener bei Syphilis, so erhebliche Epidermiswucherungen finden, dass die vollkommene Structur des Cancroids zustandekommt.

Auch an der Portio wachsen nach diesem Autor[4]), wenn sich hier Entzündungen entwickeln, mitunter die Cylinderzellen in die Tiefe.

In dem vorhin erwähnten Falle von v. Franqué[5]) hat dieser Wucherungsvorgänge des Epithels bei Tuberkulose der Corpusschleimhaut beschrieben. Doch handelte es sich hier um die directe Umwandlung des wuchernden Drüsenepithels in epithelioide Elemente.

Was weiterhin die weiblichen Geschlechtsorgane anbetrifft, so scheint es, dass bei der Tuberkulose der Eierstöcke gewisse Bildungen gleichfalls in diesem Sinne aufzufassen sind. In einem Falle von lediglich mikroskopisch erkennbarer Eierstockstuberkulose fand ich[6]) in beiden tuberkulösen Ovarien, und zwar in dem einen sehr reichlich, in dem anderen nicht so reichlich entwickelte Hohlräume, die alveolenartig ausgebuchtet, Drüsenschläuchen gleich verliefen und meist mit einem einfachen, niedrigen Cylinderepithel bekleidet waren. Sie machten

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.
[3]) Experimentalunters. über chron. Pneumonie u. Lungenschwindsucht. Virchow's Archiv. B. 68, 1876.
[4]) Die mikroskop. Diagnose der bösartigen Geschwülste. Berlin 1897.
[5]) l. c.
[6]) l. c.

ganz den Eindruck cystadenomartiger Bildungen. Nachdem kürzlich Schottländer[1]) einen durchaus analogen Befund in einem seiner Fälle von Ovarialtuberkulose mitgeteilt und angenommen hat, dass es sich mit Wahrscheinlichkeit um Wucherungsvorgänge des Keimepithels („doch darf auch die Herkunft von Follikeln nicht unbedingt bestritten werden") handele, möchte ich mich dieser Deutung Schottländer's anschliessen und auch diese Bildungen für atypische Epithelwucherungen bei Tuberkulose im Sinne Friedländer's ansehen.

In dieser Weise können wir, wie ich glaube, auch im vorliegenden Falle die epithelialen Gebilde auffassen. Als primärer Process hat sich in den Tuben die Tuberkulose entwickelt und auf dem Boden des Entzündungsprocesses ist es zu einer Wucherung des Epithels der Tubenfalten gekommen.

Bisher ist das Vorkommen atypischer Epithelwucherung bei der Eileitertuberkulose erst sehr selten beobachtet worden.

Allerdings hat A. Martin[2]) darauf aufmerksam gemacht, dass bei Salpingitis „drüsenähnliche Ausstülpungen in einer normal drüsenlosen Oberfläche sich entwickeln". Nach A. Martin dringen diese mit Cylinderepithel bedeckten Recessus „in die Tiefe, durchwachsen die unter dem Reiz dieser Einwanderung sich vermehrende Wand, schnüren sich ab und können nicht nur eine Drüsenentwicklung, sondern auch Cystenbildung vortäuschen".

Was aber im besonderen die Tuberkulose der Eileiter anbetrifft, so konnte ich bei der Durchsicht der Litteratur nur zwei Beobachtungen auffinden, die in dem Sinne atypischer Epithelwucherungen beschrieben und gedeutet worden sind.

Der eine Fall ist von Münster und Ortmann[3]), der andere von Th. Landau und Rheinstein[4]) ausführlich mitgeteilt, abgebildet und in eine Reihe mit den von Friedländer geschilderten Vorgängen gestellt worden.

1. In dem Falle von Münster und Ortmann handelte es sich um die exstirpierten Tuben einer 24 Jahre alten Frau. Nach dem makroskopischen Befunde wurde die Diagnose auf doppelseitige Pyosalpinx mit Verdacht auf Tuberkulose gestellt. Der Verdacht auf Tuberkulose war durch Knötchenentwicklung auf dem Peritoneum und durch die eitrige Beschaffenheit des Inhaltes der als Pyosalpinx gedeuteten Gebilde begründet. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose „Pyosalpinx" und den Verdacht auf Tuberkulose. In allen Schichten der verdickten Eileiter fanden sich typische miliare Tuberkel, aber nur an den im Bauchfell sitzenden verkästen Tuberkeln gelang es Bacillen nachzuweisen. Statt der

[1]) l. c.

[2]) Zur Pathologie der Eileiter. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1886. No. 17

[3]) Ein Fall von Pyosalpinx auf tuberkulöser Grundlage. Archiv für Gynäkologie. Bd. 29. 1887.

[4]) Beiträge zur patholog. Anatomie d. Tube. Archiv f. Gynäkologie. Bd. 39. 1891.

normal vorhandenen Schleimhautfalten fand man fast überall eine ziemlich dicke Lage durch dieses Granulationsgewebe abgeschlossener, drüsenähnlicher Gebilde innerhalb eines bindegewebigen, mit Tuberkeln durchsetzten Stromas. Trotz der ganz bedeutenden Dicken- und Umfangszunahme der Eileiterwände fanden sich an jedem Punkt derselben mehr epitheliale Gebilde als in der Norm.

„Diese Hyperplasie in Granulationsgewebe eingebetteter epithelialer Elemente muss," wie Ortmann sagt, „den von Friedländer an Haut- und Schleimhautoberflächen mit granulierender Entzündung als „„atypische Epithelwucherungen"" bezeichneten Vorgängen angereiht werden und beweist wiederum, dass unter gewissen Umständen ausser den zur Bindesubstanzgruppe gehörigen Geweben auch das Epithel der Organe selbst in einer sonst in ihnen nicht vorkommenden Structur wuchern kann."

2. Der Fall von Th. Landau und Rheinstein betrifft die linke Tube einer 31jährigen Frau. Die Tube zeigte einen stark geschlängelten Verlauf, indem sie durch perisalpingitische, bindegewebige Verwachsungen mehrfach abgeschnürt ist. Die Tube zerfiel in einen uterinen Teil von 3 cm Länge, der ungefähr normale Dicke zeigte und den abdominellen, stark ausgedehnten, der in einen fast wallnussgrossen Körper von ganz unregelmässiger, höckriger Form umgewandelt war. Die Schleimhaut sprang mit dicken, wulstigen, annähernd parallel verlaufenden Leisten nach dem Innern zu vor. Das Centrum war von einem käsigen, grauweissen Detritus erfüllt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich miliare Tuberkel. In der Muscularis zogen zahlreiche Schnüre in ganz unregelmässiger Anordnung und Dicke nach den verschiedensten Richtungen zwischen den Muskelbündeln hin. Diese Schnüre bestanden in ihren einzelnen Elementen aus reihenweise nebeneinander stehenden, kubischen Cylinderepithelien. Von einem Punkte aus, an welchem sich diese Zellen zu grösseren Haufen zusammengeballt fanden, sah man strahlenförmig nach den verschiedensten Richtungen Epithelschnüre ausgehen. Die Schleimhaut zeigte an ihrer Oberfläche an keiner Stelle deckende Epithelschicht. In ihrem Innern sah man noch deutliche Epithelkanäle, die ihren Ursprung von verklebten Falten herleiteten.

Alle drei Fälle, einschliesslich des unsrigen, in denen somit atypische Epithelwucherung bei Eileitertuberkulose beschrieben worden ist, haben das Gemeinsame, dass in ihnen jedesmal eine ausgesprochen miliare Tuberkulose bestand. In den beiden andern Fällen war dagegen der eigenartige makroskopische Befund nicht vorhanden, der unseren Präparaten zunächst den Anschein primärer, circumscripter, maligner Neubildungen gab.

Ferner handelte es sich in dem Falle von Th. Landau und Rheinstein im Gegensatz zu dem unsrigen um „Epithelschnüre", die in die Muskulatur eingesprengt waren, während die vereinzelten Epithelkanäle in der Schleimhaut von Th. Landau und Rheinstein selbst, wie es scheint, nicht als Folgen einer Epithelwucherung aufgefasst wurden[1]).

In unserem Falle dagegen fanden wir zwar in die tiefsten Schichten der Submucosa, nicht aber in die Muscularis nach allen Richtungen eingedrungene, ausserordentlich unregelmässige

[1]) Vgl. die Abbildung von Th. Landau und Rheinstein, l. c.

und reichliche, sprossenbildende Epithelschläuche von einschichtigem, drüsenähnlichem Typus.

Nachdem ich im Vorhergehenden die Gründe auseinandergesetzt habe, aus denen wir in unserem Falle nur von atypischer Epithelwucherung und nicht von Carcinom reden können, habe ich hier auch nur diejenigen atypischen Epithelwucherungen im Sinne Friedländer's bei Tuberkulose berücksichtigt, die als nicht carcinomatöser Natur anzusehen sind.

Der an anderen Organen im Gegensatz zu der alten Anschauung Rokitansky's[1]), dass Krebs und Tuberkulose einander nahezu ausschliessen, in neuerer Zeit auffallend häufig gelungene Nachweis ihres gleichzeitigen Vorkommens in demselben Körperteil[2]), ist an den Tuben überhaupt noch nicht geliefert worden.

Sänger und Barth[3]) haben aber ganz besonders hervorgehoben, dass in allen von ihnen aus der Literatur und der eigenen Beobachtung zusammengestellten, sicheren Fällen von primärem Eileiterkrebs sich die Neubildung auf einer durch chronische Entzündung veränderten Tubenschleimhaut entwickelt hat.

Dieser Umstand und die Thatsache, dass atypische Epithelwucherungen der Tubenschleimhaut durch Tuberkulose dieses Organs hervorgerufen werden, lassen vermuten, dass künftige Beobachtungen auch Beziehungen zwischen chronischer Tuberkulose und Carcinom der Eileiter aufdecken werden.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VIII:

Fig. 1: Schwache Vergrösserung. (Zeiss Comp. oc. 4. Ap. 16.) Aus einem Präparat vom Mittelstück der rechten Tube. Schleimhautpartie. Van Gieson'sche Färbung.

Tb.: Tuberkel.
Rz.: Riesenzelle.
Adw.: Adenomähnliche Wucherungen.

Fig. 2: Starke Vergrösserung. (Zeiss Comp. oc. 8. Ap. 16.) Adenomähnliche Wucherung aus der Tiefe der Schleimhaut desselben Präparats.

P. Spr.: Papillenartige in das Lumen hineinragende Sprossen.

---

[1]) Lehrb. d. pathol. Anatomie 1855.

[2]) Vgl. Lubarsch, Ueber den primären Krebs d. Ileum, nebst Bemerkungen über das gleichz. Vorkommen v. Krebs u. Tuberkulose. Virchow's Archiv Bd. 111. 1888.

v. Franqué, l. c.

Ribbert, Carcinom und Tuberkulose. Münch. medicin. Wochenschr. 1894.

Naegeli, Die Combination v. Tuberkulose u. Carcinom. Virchow's Archiv Bd. 148. 1897.

[3]) l. c.

IV.

Ein Fall von Strangulation des ausgetragenen Kindes, Tympania uteri und Entleerung eines Echinokokkussackes durch den puerperalen Uterus. Genesung.

Von

Dr. MAX BONORDEN,

Valparaiso (Chile).

Die Seltenheit der beobachteten Phaenomene, von denen das eine, der Durchbruch des Echinokokkus in den puerperalen Uterus wohl ein Unicum ist — wenigstens konnte Verf. in der ihm zur Verfügung stehenden deutschen und englischen Litteratur keinen analogen Fall finden —, das geburtshülflich-klinische Interesse der Vorgänge, sowie schliesslich der, bei ziemlich exspectativ bleibender Therapie, eintretende günstige Verlauf des schweren Falles lassen eine Veröffentlichung desselben gerechtfertigt erscheinen.

Die Patientin Frau R. C. de P. kam am 12. Aug. 1896 in das Sprechzimmer des Verf., um ihn wegen ihrer mit einem Tumor complicirten Schwangerschaft zu consultiren. Ihre Anamnese ist folgende:

Pat. ist 25 Jahre alt, in Dalmatien geboren und aufgewachsen. Im Kindesalter hat sie keine besonderen Krankheiten durchgemacht, mit Hunden hat sie nie gespielt, sondern eher eine Abneigung gegen dieselben bekundet. Mit 16 Jahren bekam sie die Menses, die von da ab ziemlich regelmässig auftraten. Im 20. Lebensjahre verheiratete sie sich und zog bald darauf, 1893, mit ihrem Gatten nach Taltal im nördlichen Chile, woselbst sie auf einer Salpeterofficin wohnte. Auch hier will sie keinen Verkehr mit Hunden gehabt haben. 21 Jahre alt, bekam sie das erste Kind. Die Geburt verlief, angeblich wegen Mangel an geeigneter Hülfe, unglücklich. Als nach langem Warten der Arzt endlich kam, soll er einen Arm vorgefallen gefunden haben. Er habe denselben abgeschnitten und dann die Zange (oder den Cranioklasten?) angelegt. Am 7. Tage nach der Operation machten sich die Symptome einer Urogenitalfistel geltend. Dieselbe, eine Vesicovaginalfistel, wurde im Deutschen Hospital zu Valparaiso im Laufe des Jahres 94 in drei Sitzungen operirt. Schon bei der Entlassung nach der letzten Fisteloperation wurde, den freundlichen Angaben des damals zugezogenen Collegen, Herrn Dr. Hoffmann, zufolge, das Bestehen eines ca. $1^1/_2$ faustgrossen, cystischen Tumors constatirt. Der Tumor lag links vom Uterus, so nahe demselben, dass er (ohne Narkose!) vom Uterus nicht gut abgegrenzt werden konnte. Bei der zweiten Entbindung der Frau P., im Mai 1895, machte sich dann der Tumor insofern bemerklich, als er zu einem Geburtshinderniss wurde. Der Tumor sass vorn und links von dem im letzten Monat schwangeren Uterus. Er wurde punktirt und es entleerte sich, nach freundlicher Mitteilung des Herrn Dr. Hoffmann, ca. 1 l einer hellen, serösen Flüssigkeit. Die Geburt ging darauf schnell und glücklich von statten. Im Wochenbette konnte man den Tumor von dem puerperalen Uterus abgrenzen, er sass jedoch sehr nahe demselben und machte den Eindruck einer intraligamentären Cyste.

Status praesens am 12. Aug. 96: Pat. ist eine mässig gutgenährte, etwas blasse und schlaffe, grazile Frau. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben,

der Fundus uteri über der Symphyse undeutlich zu fühlen. Die Scheide ist eng, das Scheidengewölbe zu beiden Seiten der Cervix etwas infiltrirt, die Cervix aufgelockert und etwas nach rechts verschoben; der Uterus mässig anteflectirt und dextroponirt hat die Grösse eines Frauenkopfes, links von demselben fühlt man einen ziemlich beweglichen, anscheinend harten, dem Uterus anliegenden Tumor von Orangengrösse, der wegen Lage und Mangel einer Fluctuation am ersten als subseröses Myom imponirt. Gefässgeräusche nicht zu constatiren. Brüste etwas angeschwollen, secernirend. In Anbetracht der Anamnese wurde die Diagnose auf Schwangerschaft im vierten Monat, complicirt durch eine entweder intraligamentäre oder subseröse prallgefüllte Cyste, gestellt und die Pat. aufgefordert, zu einer Probepunktion und event. daran anschliessenden Operation sich möglichst bald zu entschliessen.

Erst Mitte December kam die Pat. wieder. Sie wollte sich nicht vor Ablauf der Schwangerschaft operiren lassen und glaubte durch eine Punktion den natürlichen Lauf der Niederkunft, wie im Vorjahre, auch diesmal herbeiführen lassen zu können. Der Uterus stand jetzt zwischen Nabel und Herzgrube, links kl. Th. u. Nabelschnurger., Herztöne nicht zu hören, Kindsbewegungen wahrnehmbar. Der Tumor war durch den Uterus etwas platt gedrückt und nicht so deutlich abzugrenzen, wie früher. Er nahm die Gegend über dem linken Poupart'schen Bande ein, schien etwas gewachsen zu sein und war von Scheide und Bauchdecken aus deutlich bimanuell zu palpiren. Die Scheide war oedematös, das linke Labium geschwollen, das Scheidengewölbe links empfindlicher und stärker infiltrirt als rechts.

Am 30. Jan. 97 bekam Pat., die sich bis dahin ziemlich wohl gefühlt hatte, leichte Wehen. Der Kopf des Kindes war nach rechts abgewichen, Herztöne über dem Nabel etwas nach rechts in normaler Frequenz hörbar. Als auch am 31. Wehen kamen, wurde bei freundlicher Assistenz des Herrn Dr. Klickmann unter antiseptischen Cautelen die Punktion des Tumors mit Pravazspritze und dem Potains'schen Aspirateur vorgenommen. Wider Erwarten kam trotz mehrmaligen tiefen Punktirens mit starken Nadeln nur ganz wenig Flüssigkeit (Verlegung durch Membranen?), die Wehen hörten auf und kamen in den ersten Tagen nicht wieder; das Befinden der Frau war befriedigend. Die Kindsbewegungen wurden wie vorher gefühlt und ärztlicherseits wurden die kindlichen Herztöne zu verschiedenen Zeiten deutlich oberhalb u. l. vom Nabel in der Frequenz von annähernd 144 in der Minute gehört, zum letzten Male am 8. Febr. Am 9. Febr. trat, ohne Trauma oder Untersuchung, beim Schuhanziehen plötzlich Fruchtwasserabgang auf, die Kindsbewegungen sistirten und die Herztöne wurden nicht mehr gehört. Am 14. Febr. war das Fruchtwasser, das langsam aber constant auftrat, trotz antiseptischer Scheidenspülungen übelriechend geworden, die Temp. betrug Morgens 38,4. Um 10 h a. m. leichte Wehen, um 12 h Muttermund markstückgross. Abends 9 h wurde in dem unter schwacher Wehenthätigkeit im Laufe des Tages ca. dreimarkstückgross gewordenen Muttermunde ein anscheinend spitzer, schwer definirbarer Kindsteil mit Knochenvorsprüngen fühlbar. Herztöne nicht zu hören. Um 11 h p. m. Entleerung von ca. 50 ccm. Flüssigkeit durch Punktion; um 1 h Nachts, unter freundlicher Assistenz des Herrn Dr. Klickmann, in Narkose Entleerung von ca. 100 ccm. einer trüb-serösen Flüssigkeit mittelst dicken Troikarts. Der vorliegende Teil tritt sofort tiefer, beim Erwachen aus der Narkose Presswehen und gegen 1½ h nachts wird ein Hinterhaupt mit schlotternden Kopfknochen in der Vulva sichtbar. Beim schnellen Weiterschreiten der Geburt erweist sich die Nabelschnur dreimal so fest um den Hals geschlungen, dass sie zur Lösung durchschnitten werden muss. Bei der Geburt des Beckens entleeren sich unter einem hauchenden Geräusch stinkende Gase aus dem Uterus. Das Kind, männl. Geschlechtes, wohlausgebildet, ist in Fäulniss übergegangen. Sektion aus äusseren Gründen unthunlich. Sofort nach dem Austritte des Kindes starke Blutung aus dem Uterus. Die Placenta, nach Credé leicht entfernt ist in starker Fäulniss begriffen. Die Blutung steht nach halbstündiger Compression des Uterus, verschiedenen heissen Injektionen mit ½ pCt. Lysollösung, wegen Fehlen eines Uteruskatheters mit dem Schlauche des Irrigators gemacht, Ergotin subcutan und Jodoformgazetamponade. Um 4 h morgens, da Blut durch den Tampon geht, noch-

mals Intrauterinspülung von heisser Lysollös. ½ pCt. und erneute Tamponade. Jactatio, Ohnmachtsgefühl der Pat., Erbrechen, Puls 160, Temp. 37, doch keine acute Anaemiesymptome. Der Tumor ist nach der Geburt des Kindes als Prominenz über dem l. lig. Poupartii dem Auge sichtbar, bei Palpation vom Abdomen aus macht er den Eindruck eines ca. kindskopfgrossen, schlaffen Sackes. Am nächsten Tage langsame Besserung des Pulses, keine weitere Blutung. Wegen stinkenden Ausflusses eine Uterusirrigation, Temp. 37, Puls abends 90. Eisblase, Ergotin. Die Temperatur stieg am 13. auf 39°, P. 110, 14. 40°, morgens, desgl. am 15. Am 16. abends Frösteln und starkes Schwächegefühl, Erbrechen. Darauf heftige Schmerzen in der linken (Tumor-) Seite und kurz nach Mitternacht entleert sich, ohne besondere Uteruscontractionen, eine prallgefüllte, ca. apfelgrosse Blase (Angabe der Patientin) aus der Vulva, die beim Austreten platzt und eine stinkende, eiterähnliche Flüssigkeit mit kleinen Blasen darin austreten lässt. Am Morgen (17. Febr.) hatte die Pat. eine Temperatur von 39,9, P. 120. Aus der Vagina entleert sich eine rahmige, stinkende Flüssigkeit — vorher waren die Lochien der Zeit entsprechend rein blutig gewesen. Leichter Druck auf den gut contrahirten Uterus ruft stärkeren Ausfluss und Austritt von Blasen von Kirschen- bis Taubeneigrösse hervor. Der Tumor ist aus der Gegend über dem Poupart'schen Bande verschwunden, doch zeigt die Stelle seines Sitzes eine starke Resistenz und Druckempfindlichkeit. In den nächsten Tagen stieg das Fieber unter starken, ca. 20 Min. andauernden Schüttelfrösten bis auf 40,7 an, der Puls behielt jedoch seine relativ gute Qualität. Gegen Ende Februar zeigte die Fiebercurve das Bild einer mässig starken Continua, die sich in Intervallen von 3—4 Tagen unter starken, alarmirenden Schüttelfrösten auf 40—40,6 erhob. Anfang März traten Morgenremissionen bis zu 36,5° auf, doch stieg die Temperatur noch zweimal, am 6. und 9. März nachmittags, unter heftigen Schüttelfrösten bis 40 resp. 40,5°. Vom 12. März an blieb die Temperatur unter 38°, und unter Zunahme des Appetites und der Harnmenge trat Pat. in das Stadium der Reconvalescenz über. Lokal kam es nie zu Symptomen einer allgemeinen Peritonitis, einer Metritis oder Parametritis. Der Uterus war vom ersten Tage des Wochenbettes an entsprechend contrahirt, wenig empfindlich und beweglich. Die Lochien waren zwar stinkend, aber nicht besonders vermehrt. An Stelle des Tumors bildete sich nach dem Durchbruche desselben eine wurstförmige ca. zweifingerdicke 8 cm lange Resistenz aus, die in der ersten Zeit stark schmerzhaft, im späteren Verlauf kleiner und weniger empfindlich wurde. Der Vaginalbefund zeigte ein besonders links stark infiltrirtes Scheidegewölbe, die Infiltration hing mit dem wurstförmigen Gebilde über dem l. lig. Poupartii zusammen. Eine Perforation der Scheide konnte trotz genauen Suchens mit Rinnenspeculis nicht gefunden werden, vielmehr wurde das Austreten des eiterigen, stinkenden Ausflusses aus dem Uterus bei dieser Untersuchung deutlich nachgewiesen. Der Ausfluss behielt ca. zwei Wochen lang seinen eiterigen Charakter, später wurde er, unter Abnahme des üblen Geruches mehr serös, mit kleinen Bröckeln nekrotischen Gewebes untermischt. Echinococcusblasen traten nur in den ersten Tagen nach dem Durchbruche darin auf. Von Complicationen seitens anderer Organe sind zu erwähnen die starke Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen, besonders vor den Schüttelfrösten, und verschiedene Male auftretende wässerige Diarrhöen ohne sonstige Besonderheiten. Der Charakter eines in der zweiten Woche auftretenden systolischen blasenden Geräusches an der Herzspitze konnte nicht mit Bestimmtheit, ob anaemisch oder entzündlich, festgestellt werden, doch schien eine leichte Schmerzhaftigkeit der Herzgegend und ein, allerdings nur einmal ca. 10 Minuten lang andauernder Anfall von Dyspnoë verbunden mit plötzlichen Schmerzen im r. unt. Lungenlappen für das letztere zu sprechen. Da jedoch weder physikalische Phaenomene einer Embolie noch Blut im Sputum nachzuweisen war, muss auch die Erklärung dieses Symptomes in suspenso bleiben.

Die Therapie beschränkte sich auf häufige Spülungen der Gebärmutterhöhle mit ½ pCt. Lysollösung, Eisblase, später heisse Umschläge auf die linke Unterbauchgegend, Ergotin. Die Allgemeinbehandlung bestand in lauen Bädern, jeden Abend, wenn die Temp. über 39° stieg, mit Ausnahme

der Tage, wo ein Schüttelfrost aufgetreten war. Antifebrilia (Antinervin Radlauer 0,25—0,5) und Alkoholika wurden in nur mässigen Mengen gebraucht; gegen die Dyspepsie wurde Papain 0,3, 3—5 mal tgl. mit Erfolg gegeben. Die Punktion resp. breite Eröffnung der niemals deutlich fluctuirenden Anschwellung, die nach dem Austritte des Echinococcussackes in dem linken Parametrium sich gebildet hatte, wurde mehrmals ernstlich in Erwägung gezogen, als die starken Schüttelfröste, die Fiebersteigerungen und die Art der Erkrankung das Bestehen eines Abscesses wahrscheinlich machten, andererseits die bedrohliche Prostration einen Eingriff zu erheischen schien. Jedoch zeigte das Krankheitsbild zeitweise einen so ausgesprochen pyaemischen Charakter, dass man sich von der Operation nicht allzuviel versprechen durfte. und die grosse Schwäche und Anaemie der Pat. liess eine nochmalige Narkose und Blutverlust bei der Operation bedenklich erscheinen. So wurde denn die stets vorschwebende Operation so lange von einem Tage auf den andern verschoben, bis das langsame Kleinerwerden der Resistenz. das Nachlassen des Fiebers und der sich bessernde Allgemeinzustand dieselbe unnötig machten und Pat. durch fast rein exspectative Behandlung schneller zur Genesung kam als dies bei günstigstem Krankheitsverlauf nach operativer Eröffnung des Abscesses wahrscheinlich gewesen wäre. Am 18. März, 30 Tage nach dem Durchbruche des Echinococcussackes, war die Pat. im Stande, das Bett zu verlassen und langsam ihre Pflichten als Hausfrau wieder aufzunehmen. Die Besserung im Allgemeinbefinden und im erkrankten System dauerte stetig an, am 30. April traf zur gewohnten Zeit die Menstruation ein, die etwas stärker als früher verlief und in geringerer Menge bis zum 8. Mai andauerte. Am 11. Mai bot die sich wieder vorstellende Patientin folgenden Status:

Im linken Scheidengewölbe leichte Infiltration, die jedoch nur bei stärkerem Drucke empfindlich ist, Muttermund geschlossen, etwas tiefstehend. Uterus enteneigross, derb, anteflectirt, etwas descendirt, beweglich, doch links leicht fixirt. Rechts ca. 2 cm oberh. d. Poupart'schen Bandes, in der Richtung desselben verlaufend, eine schmerzlose Resistenz, ca. 5 cm lang von Kleinfingerdicke. Rechtes Ovar. etwas vergrössert, descendirt und leicht beweglich. Subjectives Wohlbefinden, abgesehen von ab und zu auftretenden leichten Schmerzempfindungen in der rechten Unterbauchgegend.

Der pathologisch-anatomische Befund des eingelieferten Tumors ist folgender: 1. Zwei Stücke einer ca. 2 mm dicken, sulzigen, opaken, ziemlich festen Mebran mit vielen kleinsten bräunlichen Pigmentflecken, einzelne Flecke erreichen Grieskorngrösse. Zusammengelegt, umschliessen die Stücke einen Hohlraum, der eine Mannsfaust aufnehmen könnte, auf der Innenseite flottiren Membranen, auch sitzen hier und da Tochterblasen breitbasig auf. 2. Eine Anzahl (ca. 20, es waren nicht alle aufgehoben) Blasen von Nusskern- bis Taubeneigrösse, von durchsichtigen Membranen umgeben, gefüllt mit einer teils klaren, teils etwas trüben, serösen Flüssigkeit. Skolices, Haken und Membranen sind im Inhalte der Blasen in grosser Menge mikroskopisch nachzuweisen.

Epikrise.

Der höchst wahrscheinlich am 8. Febr. eingetretene Tod des Kindes kann nur eine Folge der Strangulation durch die Nabelschnur gewesen sein, denn jede andere Ursache ist ausgeschlossen. Bis zum 8. Febr. wurden wenigstens sechsmal im Laufe der letzten Monate die Herztöne des Kindes deutlich in der Frequenz von 140—145 oberhalb und etwas links vom Nabel gehört. Am 9. Morgens waren dieselben nicht zu finden,

am 12. 2 Uhr Morgens wurde das faultote Kind geboren, und die Nabelschnur war so fest um den kindlichen Hals geschlungen, dass zur Lösung derselben jede Umschlingung für sich mit der Scheere durchschnitten werden musste. Der Hals zeigte deutliche Druckmarken. Leider erlaubte die Notwendigkeit des Dammschutzes und die schleunige Hülfe, die die sofort nach der Entbindung auftretende starke Blutung erheischte, nicht, den Mechanismus der Umschlingung genauer zu studiren, doch konnte die Nabelschnur als sehr lang und stark gewunden constatirt werden. Die Kindsleiche wies äusserlich keine Symptome auf, die den Tod durch Krankheit etc. hätten motiviren können. Die Sektion konnte aus äusseren Gründen nicht gemacht werden. Syphilis oder sonstige Infectionskrankheiten der Mutter sind auszuschliessen, die Temperatur stieg vor der Entbindung nie über 38,5.

Dass eine Tympania uteri bestanden hat, ist zweifellos. Obgleich dieselbe vor der Geburt nicht percutorisch nachgewiesen war, bewies das charakteristische hauchende Geräusch beim Austritte des kindlichen Beckens und der auf einmal stark sich bemerklich machende Fäulnissgeruch dieselbe zur Evidenz. Dass trotz des Bestehens derselben keine schwere Sepsis auftrat, ist vielleicht eine Folge der gegen die starke Blutung angewandten energischen Heisswasserspülungen der Uterinhöhle, die wegen zufälligen Mangels des Uteruskatheters mit dem Gummischlauche des Irrigators gemacht wurden, sowie der starken Ergotinisirung von vornherein. So blieb der Uterus die ganze Zeit über gut contrahirt, wenig schmerzhaft und beweglich, die Lochien waren zwar stinkend, aber gering an Menge, auch trat keine Entzündung oder Exsudation im Beckenbindegewebe auf. Die am vierten Tage nach der Entbindung auftretende Steigerung des Fiebers und die peritonealen Reizerscheinungen am fünften Tage sind höchst wahrscheinlich auf den sich vorbereitenden Durchbruch des Tumors zu beziehen.

Wie hat sich dieser Durchbruch nun vollzogen? Der Echinokokkussack sass entweder in der Wand des Uterus, ziemlich subserös, oder im Ligament. latum sinistrum, dicht am Uterus. Im letzteren Falle ist wohl unter dem Drucke des schwangeren Uterus eine Verklebung der Uteruswand mit der entzündlichen Membran, welche die von dem Echinokokkus eingenommene Höhle im Beckenbindegewebe auskleidete, eingetreten. Die Placentarstelle sass wahrscheinlich an der linken Seite der Gebärmutter, sie wurde durch die starken Fäulnissprocesse matsch und gab so die Möglichkeit zu einem Durchbruche, der wohl mehr unter dem Einflusse des Gesetzes der Schwere als durch Contractionen glatter Muskelfasern sich langsam vollzog, denn Pat. hatte öfters die rechte Seitenlage, die ihr am bequemsten war, eingenommen. Die Möglichkeit, dass eine

Uterusruptur dem Tumor den Weg nach aussen eröffnet habe, ist, wegen Mangels jeden Symptomes dafür, auszuschliessen.

Nach der Ausstossung des Echinokokkussackes blieb ein Hohlraum im Beckenbindegewebe zurück; durch secundäre Infection vom Endometrium aus wandelte sich derselbe bald in einen mit der Uterinhöhle communicirenden Abscess um. Die unter Schüttelfrösten auftretenden hohen Fiebersteigerungen entsprachen wohl den Zeiten der stärksten Füllung desselben, denn nach diesen trat stets stärkerer Ausfluss von Eiter aus der Scheide auf. Mit dem Abnehmen der Toxicität des Eiters konnte dann der Abscess durch Schrumpfung sich langsam verkleinern und verschwinden.

Akiurgisches.

Ein Apparat zum Biegen von Celluloidringen.[1])

Von

Dr. HEINR. BAUMGAERTNER,

Baden-Baden.

(Hierzu 3 Abbildungen.)

Wenn die meisten Gynäkologen und Aerzte es vorziehen, fertige Pessare anzuwenden, und nicht, wie es von B. S. Schultze und anderen immer wieder empfohlen wird, jedesmal für den einzelnen Fall das Pessar aus einem runden Celluloidring selbst biegen, weil nur so genügend individualisiert werden kann, so geschieht dies wohl hauptsächlich deshalb, weil es in der That einer grossen Geschicklichkeit und Uebung bedarf, aus freier Hand den Ringen die gewünschte Form zu geben. Dies gilt nicht nur für die asymmetrischen, seltener anzuwendenden Formen, sondern auch für die symmetrischen, die wir in den meisten Fällen anwenden müssen. Auch hierbei muss individualisiert werden; es richtet sich die Grösse und Form des Pessars nach der Länge und Weite der Scheide, nach der Beschaffenheit des Scheidengewölbes, des Scheideneinganges und des Beckenbodens, ferner nach Grösse, Schwere, Beweglichkeit und Consistenz des Uterus und nach dem Umfange der Vaginalportion. Alle diese Momente genügend zu würdigen und daraus die Form und Grösse des anzuwendenden Pessars zu wählen, ist natürlich Sache der Erfahrung — — mit dem Apparat aber ist es nach kurzer Uebung jedem möglich, die einmal beabsichtigte Pessarform vollkommen exakt und symmetrisch herzustellen.

---

[1]) Ausgestellt auf dem VII. Congress der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie und Geburtshilfe in Leipzig und daselbst demonstriert von Medizinalrat Dr. Baumgärtner-Baden-Baden.

Nachdem der runde Celluloidring in kochendem Wasser gehörig erweicht ist, kann er in $^1/_4$—$^1/_2$ Minute in jede gewünschte Form übergeführt werden, sei es nach Hodge, Thomas oder Smith, sei es in eine Mischform dieser, oder sei es nach Schultze in Achterform.

Um sich die Wahl der Ringnummer zu erleichtern, empfiehlt es sich, ein vorrätig gebogenes Probepessar von bekannter Grösse einzulegen und nun abzutasten, ob es der Grösse nach passt oder ob eine andere Nummer zu nehmen ist und welche von der des Probepessars etwa abweichende Gestalt das nunmehr anzufertigende Pessar haben muss. Es ist deshalb zweckmässig, wenn sowohl die Probepessare als auch die runden Ringe mit Nummern versehen sind.

Ist das Pessar fertig gebogen und eingelegt, so kann es doch manchmal nötig sein, Veränderungen noch nachträglich daran vorzunehmen, was gleichfalls mit dem Apparat geschehen kann; es muss dann natürlich das Pessar wieder teilweise erweicht werden.

Der Apparat besteht aus einer mit Stricheinteilungen versehenen Holzplatte, an der mehrere Eisenteile angebracht sind, und aus einigen verschiedenartig geformten hölzernen Hebeln, die mit Handgriffen und eisernen Ansätzen versehen sind, aus zwei hölzernen Kegeln und aus zwei hölzernen Keilen.

Die Holzplatte wird mit den zwei an ihrer unteren Fläche befestigten Zwingschrauben so an der für den Davorstehenden linker Hand befindlichen Ecke einer Tischplatte fest angeschraubt, dass die abgerundete Kante derselben einer Kante der Tischplatte entspricht. Siehe Figur. Hier bleibt der Apparat zweckmässiger Weise dauernd angeschraubt. Die Hebel, Kegel und Keile sind am besten in einer Schublade des Tisches aufbewahrt, woselbst auch die runden Celluloidringe ihren Nummern entsprechend in einzelnen Fächern untergebracht sein sollten. Auf dem Tische ist ein Apparat zum Erhitzen der Ringe aufzustellen.

Die Wirkungsweise des Apparates beruht nun darauf, dass die erweichten Ringe, je nachdem ihre definitive Form werden soll, verschiedenen Manipulationen unterworfen werden, wobei sie durch die dazu geeigneten Hebel entweder in die Länge gezogen oder zusammengedrückt oder gebogen werden. Die an der Holzplatte befestigten Eisenteile dienen bei diesen Manipulationen den Hebeln als Hypomochlien dadurch, dass sie für die Aufnahme der eisernen Ansätze der Hebel bestimmte Löcher haben, teils dienen sie denselben bei ihren Bewegungen als Führung. Die Gestalt der verschiedenen Hebel, die Beschaffenheit und Anordnung der Eisenteile auf der Holzplatte, welche den Hebeln bestimmte Bewegungen vorschreiben und die auf der Holzplatte angebrachten Stricheinteilungen erlauben einerseits jede Modifikation der herzustellenden Pessarform und garantieren andererseits eine absolute Symmetrie derselben.

Um nun ein Hodge-, Thomas- oder Smith-Pessar herzustellen, wird der erweichte Ring zunächst in der Weise behandelt, wie Fig. I rechts zeigt.

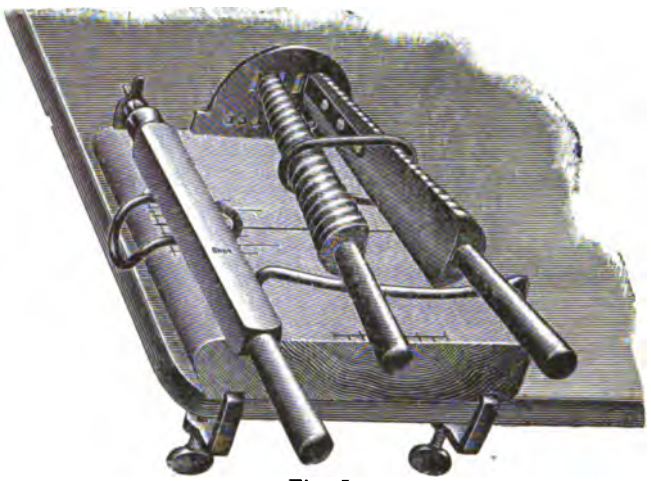


Fig. I.

Der Ring wird hierdurch gestreckt und erhält eine etwa birnförmige vollkommen symmetrische Form, die aus 2 konvergierenden Schenkeln besteht, welche durch 2 Halbkreise mit einander verbunden sind. Der grössere Halbkreis ist der spätere hintere Bügel des Pessars, der kleinere der spätere vordere.

Zur Herstellnng dieser Form dienen die drei halbkreiskegelförmigen mit Einkerbungen versehenen Hebel, die paarweise, je nach Grösse des Ringes (entweder I. und II. oder II. und III.) in Anwendung kommen. Der weiche Ring wird so weit über das mit seinen glatten Flächen aufeinandergelegte Hobelpaar geschoben, dass seine Nummer der auf dem jeweils grösseren Hebel angegebenen Nummer entspricht. Dabei sind die Hebel so zu halten, dass die Nummern des grösseren nach oben sehen. Nun werden die beiden Metallansätze der Hebel in zwei symmetrische Löcher der oberen Löcherreihe der Eisenplatte gesteckt und die Hebelgriffe auf den eisernen Stab gelegt, der diesen als Unterlage und Führung dient. Es werden alsdann die Hebel durch Zug nach aussen an ihren Griffen so weit von einander entfernt, dass der Ring vollständig gestreckt und etwas ausgezogen wird. Es ist gut, den Ring etwa 5 Sekunden in dieser Situation zu lassen und dann erst die Hebel zu entfernen, damit er die ihm gegebene Gestalt besser beibehält.

Die so entstehende birnförmige Zwischenform ist deshalb vollkommen symmetrisch, weil die Scheitel der halbkreisförmigen Hebeldurchschnitte einander in der Zugrichtung genau gegenüber liegen, was durch die Führung auf dem Eisenstabe und durch die zu diesem senkrechte Stellung der Löcher in der Eisenplatte bedingt ist. Die Nummern an den Hebeln bezeichnen die Stellen derselben, die bei einer mittleren Ringstärke durchschnittlich den für die gleiche Ringnummer passenden hinteren Bügel abgeben. Wünscht man einen kleineren oder grösseren hinteren Bügel, so wird man den Ring weniger weit oder weiter, als die betreffende Nummer angiebt, über die Hebel schieben müssen.

Nach dieser Prozedur, die übrigens nur wenige Sekunden in Anspruch nimmt, wird der Ring einer zweiten Behandlung unterzogen, die

in Fig. I links veranschaulicht ist. Es werden dadurch die beiden Bügel umgebogen und so dem Pessar, von der Kante gesehen, eine S-förmige Gestalt gegeben. Der birnförmige Ring wird hierzu zunächst so auf die Holzplatte gelegt, dass der grössere Bügel über die abgerundete Kante derselben herausragt und mit seiner Längsrichtung genau senkrecht zu dieser steht, was durch die dort befindliche Strichcinteilung leicht zu erreichen ist. Nun wird der Ring dadurch auf der Platte festgehalten, dass der mit dem konischen Ansatzstück versehene Hebel mit diesem in die an der Holzplatte befestigte Oese gesteckt und mit der rechten Hand auf den Ring aufgedrückt wird, so dass dieser sich nicht mehr verschieben kann. Das konische Ansatzstück erlaubt es, dicke und dünne Ringe gleichmässig fest mit ihren beiden Schenkeln auf der Platte fest zu halten.

Ist der Ring fixiert, so wird mit dem Daumenballen der linken Hand der über die abgerundete Kante vorstehende Teil des Ringes durch Druck nach unten so weit, als nötig erscheint, umgebogen. Ist dies geschehen, wird der Ring herum gedreht und mit dem vorderen Bügel ebenso verfahren. Die Gestalt der Bügel kann beliebig gewählt werden. Je weiter sie vor dem Umbiegen über die Holzplatte hervorstehen, desto grösser werden sie und man kann auch ihren Bogen ganz beliebig klein oder gross machen, dadurch dass man entweder das ganze für den Bügel bestimmte Stück auf einmal vorstehen lässt und umbiegt (spitzer Bogen), oder dass man dies allmählich in mehreren Absätzen durch abwechselndes Herausziehen und Umbiegen thut (stumpfer Bogen). Im Profil betrachtet, erhält der Ring hierdurch eine stärker geschwungene S-Form.

Dass die so entstehende Form symmetrisch wird, ist durch das senkrechte Auflegen des Ringes auf die Holzplatte und durch das Festgehaltenwerden mit dem Hebel garantiert.

Sind die beiden Bügel umgebogen, so ist das Pessar eigentlich fertig, doch hat es noch die Neigung, seine frühere runde Form wieder anzunehmen. Es muss deshalb bis zum völligen Erstarren in kaltes Wasser gehalten werden oder, falls es, wenn es schon etwas aufgegangen sein sollte, noch seitlich mehr zusammen gedrückt werden soll, noch einer dritten Prozedur unterzogen werden, wie durch Fig. II dargestellt ist.

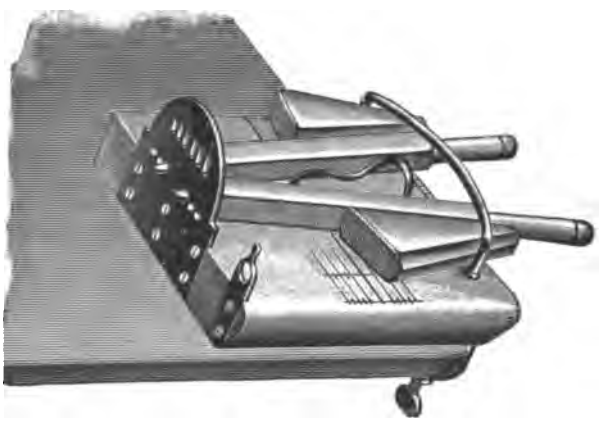


Fig. II.

Die zwei gleichbeschaffenen Hebel dienen hierzu. Sie werden in zwei entsprechende Löcher der unteren Löcherreihe in die Metallplatte eingesteckt und der Ring dazwischen auf die Holzplatte gelegt mit der Längsrichtung auf den dort befindlichen Strich. Durch Zusammendrücken der Hebel kann man nun die definitive Form noch nach Belieben beeinflussen, je nachdem benachbarte oder weiter auseinander liegende Löcher benutzt werden und der Ring nahe oder entfernt der Metallplatte gelegt wird. Wird z. B. der kleine Bügel ganz nahe an die Metallplatte geschoben und stecken die Hebel in den beiden zunächst an einander liegenden Löchern, so resultiert hieraus eine schmale schnabelförmige Gestalt des vorderen Bügels. Will man den vorderen Bügel ganz spitz machen, wie beim Thomaspessar, so kann man das Pessar, vor dem Umbiegen der beiden Bügel, mit dem kleineren derselben in den über der Oese befindlichen Zapfen einhaken und mit dem zum grösseren Bügel passenden halbkreiskegelförmigen Hebel dasselbe noch mehr strecken.

Hat man dem Pessar zwischen den beiden Hebeln seine definitive Gestalt gegeben, so schiebt man, um die Hebel nicht bis zum völligen Erstarren des Ringes festhalten zu müssen, beiderseits zwischen Hebel und aufsteigenden Teil des Eisenstabes je einen der beiden Keile, die die Hebel in ihrer Lage fixieren. S. Fig. II.

Der zur Mitte der Metallplatte senkrechte Strich auf der Holzplatte und die Einteilung am vorderen Rand derselben garantieren auch hierbei wieder die Symmetrie.

Zur Herstellung der Hodge-, Thomas- und Smithpessare empfiehlt es sich, die Celluloidringe nicht so sehr zu erweichen als für die Achterpessare, da sie sonst zwischen dem ersten und zweiten Akt des Verfahrens leicht zu weit wieder aufgehen.

Das Schultze'sche Achterpessar ist verhältnissmässig leichter herzustellen. Es wird der erweichte Ring über die beiden abgestumpften Kreiskegel gesteckt und bis zu der Stelle des dünneren derselben vorgeschoben, die in ihrer Dicke der Dicke der Portio des vorliegenden Falles entspricht; dort wird der Ring festgehalten und nun der dickere Kegel um 180^0 herumgedreht, wobei dieser so weit vorgeschoben werden muss, dass nach vollendeter Drehung der Ring fest über die beiden Kegel gespannt ist. So entsteht eine symmetrische 8, deren kleinerer Ring dafür bestimmt ist, die Portio zu umfassen, deren grösserer nach vorne in die Scheide zu liegen kommt. An den Kegeln sind deren Durchmesser an verschiedenen Stellen angegeben, sodass der kleinere Ring immer genau nach Maass gemacht werden kann. Sind die Kegel aus den Ringen herausgezogen, so muss die 8 an der Kreuzungsstelle festgehalten werden, damit sie nicht wieder aufgeht. Es kann nun das Pessar noch weiteren Gestaltsveränderungen unterzogen werden. Erstlich können die beiden Ringe gegeneinander geneigt werden, was leicht mit den Händen geschieht, oder es kann der grössere Ring in die Länge gezogen und nach vorne zugespitzt werden, was entweder durch Einhaken und Ziehen mit einem Finger oder mit Hilfe des oben erwähnten Zapfens geschehen kann. Soll der grössere Ring eine Krümmung

erhalten ähnlich der des anderen Bügels des Hodgepessars, so geschieht dies am besten mit Hilfe des Apparates, so wie er an Fig. III ersichtlich ist.

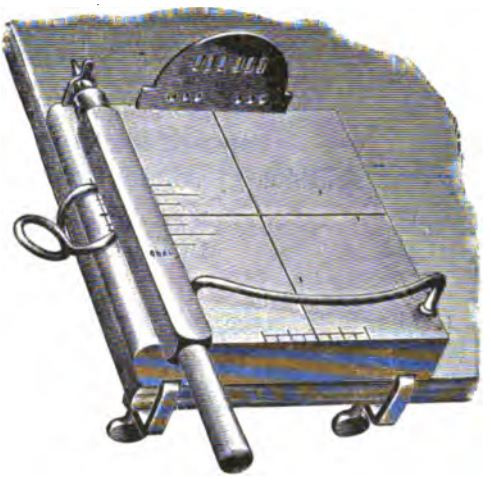


Fig. III.

Es wird der grössere Ring mit seinem Abschnitt, der nach dem Introitus zu liegen kommt, mittels des Hebels auf der Platte festgehalten, der übrige Teil des Pessars senkrecht zur abgerundeten Kante eingestellt und nun diese ganze über die Holzplatte vorstehende Partie nach unten gebogen, unter gleichzeitigem Umbiegen des kleineren Ringes nach oben; fasst man hierzu den kleineren Ring mit dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand von unten und mit dem Daumen von oben, so kann man dies mit einem Griff bewerkstelligen.

Auch diese 8-Pessare werden mit einiger Uebung vollkommen symmetrisch ausfallen.

Für die asymmetrischen Formen empfiehlt es sich gleichfalls, sich des Apparates zu bedienen. Man wird auch zu ihrer Herstellung zunächst die oben beschriebene birnförmige Zwischenform oder die symmetrische 8 herstellen und dann die Bügel nicht mehr senkrecht zur Längsachse, sondern schräg zu derselben umbiegen müssen, resp. man wird bei der 8 den für den vorderen Abschnitt der Scheide bestimmten schnabelförmigen Teil des grösseren Ringes nicht mehr in der Längsrichtung des Pessars, sondern nach der einen oder anderen Seite hin anlegen müssen.

So umständlich und schwierig zu handhaben der Apparat der Beschreibung nach zu sein scheint, so einfach und zweckmässig erscheint er demjenigen, der einmal seine Idee verstanden und sich nur einige Male damit geübt hat.[1])

---

[1]) Der Apparat ist zu beziehen durch den Sanitätsbazar Lutz in Baden-Baden.

Berichte.

Sammelbericht über norwegische geburtshülflich-gynäkologische Litteratur aus dem Jahre 1896

von

Dr. med. JUSTUS BARTH

in Christiania.

1. Brandt, Kr., und Rode, E.: Vaginal Hysterektomi med. specielt Hensyn på Forcipressur-Methoden (Péans Operation). Et Bidrag til Læren derom. Norsk Mag. for Lægev. 1896. p. 225—274.
2. Dreier: Om den obstetriciske Behandling af Puerperaleklampsien. Norsk. Mag. f. Lægev. 1896. p. 885.
3. Looft: Et tilfælde af Homosexualitet hos en Kvinde. Med. Revue. 1896. p. 286.
4. Rode, Emil: Sterilitas hymenalis vulvalisque non gonorrhoica. Tidsskrift for den norske Lægeforening. 1896. p. 465—482.
5. Solberg, M.: Et tilfælde af inversio uteri puerperalis completa. Tidsskrift f. d. norske Lægeforening. 1896. p. 195—202.
6. Ström, H.: Om den operative Behandling af Fibromyomer i Uterus med specielt Hensyn til den abdominelle Totalexstirpation. (Forhandl. ved nord. kirurg. Foren. 2^{det} Möde i Christiania, 1895. — (erschien 1896): Særtryk af Nordiskt Medicinskt Arkiv.
7. Vedeler, B.: Et tilfælde af spondylolisthetisk Bækken. Norsk Mag. f. Lægev. 1896. p. 833.
8. Vogt, H.: Den puerperale Dödelighed og dens Forhold til Antiseptik og operativ Födselshjælp i Norge 1882—1891. Norsk Mag. f. Lægev. 1896. p. 657.

1. Brandt, Kr., und Rode, E.: Ueber vaginale Hysterectomie mit besonderer Beziehung auf die Forcipressur-Methode. Ein Beitrag zu deren Lehre.

Die Verfasser beschreiben Péan's Methode der vaginalen Totalexstirpation des Uterus, deren Vorteile gegenüber der abdominalen Hysterectomie hervorgehoben werden. Während Péan als Vater der Operation anerkannt wird, rühmen die Verfasser Doyen als „den Einzigen, der wirklich einen originellen Beitrag zur Verbesserung der Methode geliefert hat durch die Hervorwälzung des Uterus ohne präventive Blutstillung.“ Als Indikationen für die Blutstillung gelten: 1) Geschwülste, die die Nabelhöhe nicht überschreiten, 2) doppelseitige, chronische, eitrige oder nicht eitrige Adnexerkrankungen, die in anderer Weise nicht geheilt werden können.

Als Vorteile der Methode sind zu betrachten: rascherer Heilungs-

verlauf, Wegfall des Bauchschnittes, der Bauchnarbe und damit der Gefahr einer Hernie.

Nach Péan's Methode mit einigen kleineren Modificationen haben die Verf. zusammen 17 Fälle operirt. Bei virgineller Vagina wurde viermal ein Schrägschnitt nach aussen und hinten in Richtung des Tuber obsis ischii gemacht. Bei der Nachbehandlung verwerfen die Verfasser Anwendung von Morphium gegen die Schmerzen, da dieses lähmend auf die Darmbewegung wirke, wodurch in vielen Fällen Uebelkeit und Erbrechen hervorgerufen werde. Als Regel wird Hafer- oder Gerstenschleim schluckweise ziemlich früh gegeben, schon am Abend des Operationstages, wenn keine Uebelkeit besteht. Am zweiten Tage Gerstenschleim ad libitum. Selters, Kaffee. — Bei stärkerem Erbrechen 1—2 Tassen warmes Wasser. — Die Klemmen werden nach 48 Stunden entfernt. Nach 4 Tagen Ricinusöl oder Salzwasserklysma. — Bei höherer Temperatursteigerung wird der Tampon aus dem Douglas entfernt, weil die Entleerung der Secrete möglicherweise gehindert sei, sonst wird dieser längere Zeit liegen gelassen. Nach etwa acht Tagen Ausspülung der Vagina. — Als ein prognostisch gutes Zeichen wird eine reine feuchte Zunge angesehen; die Zunge reagirt nämlich frühzeitig und sicher, oft deutlicher wie Puls und Temperatur.

Combination der Klammer- und Ligaturmethode wird von den Verf. widerrathen, weil bei der reichlichen Eiterung nach Entfernung der Klammern die Ligaturen leicht inficirt werden.

Von den 17 Fällen sind 5 wegen Fibroma uteri, 1 wegen Metritis und Endometritis, 4 wegen Carcinoma uteri, in 1 Fall mit Myom, in 1 Fall mit Schwangerschaft complicirt; in 3 Fällen wegen chronischen nicht eitrigen und in 3 Fällen mit eitrigen Adnexerkrankungen operirt. 2 von den Operirten starben, die eine an Ileus am 3. Tage, die andere an chronischer Anämie am 13. Tage (eine ausgeblutete Patientin mit Myomen).

Jeder Krankengeschichte sind epikritische Bemerkungen angefügt. In einem Fall kam es zu einer heftigen Blutung, die durch feste Tamponade gestillt wurde. Die Patientin bekam nachher eine Jodoformintoxication, kam aber durch. Bei ulcerirendem Carcinoma uteri wird unmittelbar vor der Operation Auskratzung und Thermo kauterisation vorgenommen, wie auch eine energische Desinfection mit Alkohol. — In den 2 Fällen von Oophoritis waren alle anderen Mittel erschöpft worden; die Patientinnen waren Arbeiterinnen und verlangten eine radikale Operation.

2. Dreier: Ueber die geburtshülfliche Behandlung der Puerperaleklampsie.

Nach einer kurzen Uebersicht über die verschiedenen Theorien der Eklampsie kommt Verf. zu dem Schlusse, dass eine möglichst schnelle Entbindung das am meisten Rationelle, dass es daher eine Pflicht der Aerzte sei, rasch activ einzuschreiten. Es gilt daher eine Methode ausfindig zu machen, die jeder praktische Arzt anwenden kann. Der Dilatation mit Kolpeurynter steht entgegen, das diese in dem kalten Klima Norwegens leicht verdorben und deshalb im kritischen

Moment nicht zu benutzen sind. — Die Dührssen'sche Methode mit tiefen Incisionen hält Verf. mit Anderen für gefährlich.

Verf. schlägt eine modificirte Haultains'sche Methode vor, die er in einigen Fällen geübt hat. Sie besteht in unblutiger Dilatation des Cervix, entweder mit dem Zeigefinger oder mit Hegar's Dilatatorien. Wenn zwei Finger in die Cervix eingeführt werden können, wird weiter dilatirt, ein Fuss wird heruntergeholt und die Wendung nach Braxton Hicks vorgenommen. Dann wird die Entbindung fortgesetzt durch weitere Dilatation, indem der Fuss in einer Richtung gezogen wird, während der Zeigefinger in der entgegengesetzten dilatirt. Langsame Extraction in üblicher Weise. Die Placenta wird mit der Hand herausgeholt, „um Erschlaffung und Blutung zu verhindern". Anstatt der Dührssen'schen Tamponade wendet Verf. etwa eine Stunde lang die bimanuelle Compression an. Verf. berichtet über drei Fälle, wo er diese Methode angewendet hat, selbstverständlich unter Narkose: in einem Fall starb die Mutter, das Kind blieb am Leben, in den zwei übrigen blieben die Mutter erhalten, das eine Kind starb. Verf. hebt übrigens hervor, dass man bei Behandlung der Eklampsie in erster Linie Rücksicht auf die Mütter zu nehmen habe.

3. Looft: Ein Fall von Homosexualität bei einem Weibe.

Ein 36 jähriges Dienstmädchen hatte schon von der Schulzeit her perverse sexuelle Vorstellungen, fühlte immer eine eigenthümliche Befriedigung in der Nähe anderer Mädchen, deren Genitalien sie zu caressiren suchte. Später als Erwachsene fühlte sie einen Drang zur Cohabitation mit anderen Mädchen, besonders wenn sie einen Finger in deren Vagina einführen konnte, wobei sie eine sexuelle Befriedigung mit Contractionen im Unterleibe hatte. „Sie wolle lieber sterben, als andere Weiber entbehren", während Cohabitation mit Männern ihr widerlich war. — Während eines Aufenthalts in einer Irrenanstalt hatte sie oft Angst, Schlaflosigkeit und Verfolgungsideen, die angeblich durch Masturbation gebessert wurden, während sie keine Zuneigung zu den „geisteskranken Weibern" fühlte. Die Behandlung mit Bromkalium, Hypnotismus etc. war erfolglos. —

4. Rode, E., Sterilitas hymenalis vulvalisque, non gonorrhoica.

In dem vorliegenden Beitrag zur Sterilitätslehre meint Verf., dass die meisten Gynäkologen zu viel Gewicht auf Gonorrhoe als Ursache der Sterilität legen, wo diese oft in verschiedenen angeborenen und erworbenen anatomischen Abnormitäten zu suchen sei, die man leicht heilen könne.

Eine Retrositio vulvae kann die Immissio penis hindern; der Penis drängt bloss in die Fossa navicularis ein, diese wird excoriirt und es entsteht Dyspareunia, Vaginismus und deshalb Sterilität. Die Behandlung besteht hier in Dilatation mittels Hegar's, sobald die Excoriationen überhäutet sind oder man macht seitliche Incisionen mit Durchschneiden des Musc. perineus profundus. — In verzweifelten Fällen wird der unästhetische Coitus à la vache angerathen. Ein Mal

wurde eine Cyste der Glandula Bartholini als Sterilitätsursache ermittelt; nach Exstirpation derselben folgte sofort Conception.

In etlichen Fällen kann die Columna rugarum post. mit dem Hymen zusammengewachsen sein, wodurch dieses sich der Immissio entgegenstemmt. Eine quere oberflächliche Incision durch die Columna hinter dem Hymen behebt die Dyspareunia. — Von der Ehe spricht Verf. in lyrisch-idealistischem Tone. Er räth dem jungen Ehemanne zur Vorsicht mit „seinem Willen sofort besitzen zu wollen", und, besonders wenn die Frau keine libido sexualis hat, zur Abstinenz von einigen Monaten, währenddess er sie „courtisiren" soll. Bei saurem Sekret der Vagina werden Ausspülungen mit Sodalösung empfohlen, indem die Spermatozoen besser in alkalischem wie in saurem Sekret gedeihen. Findet die Sonde ein succulentes weiches Endometrium und eine Elongatio colli, wird Ausschabung gemacht und Ergotin gegeben.

Der Aufsatz Rode's giebt Dr. Vedeler Anlass zu einigen Bemerkungen in derselben Zeitschrift (p. 607—614).

Er meint, dass Rode Vaginismus mit Dyspareunia vermenge: ersterer sei stets hysterischer Natur, was er mit einigen Beispielen belegt. Weiter meint er, dass Rode die Operationsergebnisse bei Vaginismus missdeute — es sei die Hysterie, die geheilt werde und damit auch das Hauptsymptom, die Hyperästhesie. Oft schwindet auch der Vaginismus plötzlich ohne jede Behandlung.

5. Solberg, M.: Ein Fall von Inversio uteri puerperalis completa.

Eine 23jährige I-para hatte früher an Anämie, Dyspepsie, Dysmenorrhoe und Ausfluss gelitten. Bisher zwei Aborte. $^1/_4$ Stunde nach der sonst normalen Geburt bot sie Zeichen einer inneren Blutung dar, mit Ohrensausen, Angst und Unruhe, Blässe und dabei Schmerzen im Unterleibe, besonders bei Berührung. — $^3/_4$ Stunde nach der Geburt zeigte sich plötzlich die Placenta in den äusseren Geschlechtstheilen nach einigen heftigen Wehen mit lautem Geschrei. — Die Hebamme entfernte die Placenta, die fester wie gewöhnlich sass, wobei eine Menge flüssiges und geronnenes Blut mit abging. $2^3/_4$ Stunden später fand der hinzugerufene Arzt die Wöchnerin verfallen, mit farblosen Lippen, pulslos, unruhig, über Schmerzen im Rücken und Unterleibe, Ohrensausen klagend; dabei Uebelkeit mit Erbrechen, starke Empfindlichkeit des Unterleibes. Etwas Blutwasser ging aus den Genitalien ab und Reste der Eihäute hingen heraus. Die Untersuchung stellte eine völlige Inversion des Uterus fest mit zahlreichen Gerinnseln auf dem kindskopfgrossen Tumor des Uterus; die von der Placenta abgerissenen Eihäute steckten zwischen diesem und der Vagina. — Ohne Narkose, die bei dem elenden Zustande der Frau nicht gewagt wurde, wurde die Reposition durch constanten Druck auf den Uterus bewerkstelligt, wobei der Contractionsring plötzlich nachgab und der Uterus dann schnell in situ zurückging. — Keine weitere Blutung, gute Contraction des Uterus. — Tod nach 4 Stunden trotz Reizmitteln etc.

Verf. zieht Vergleiche mit den Erfahrungen der Thierärzte, die in der Richtung gehen, dass die Inversion von oben her beginnt unter Einwirkung der Bauchpresse, und meint, dass Erschlaffung des Uterus und der Ligamente nach vorausgegangenen Erkrankungen disponirend wirken können.

6. Ström, H.: Ueber die operative Behandlung der Fibromyome des Uterus mit besonderer Beziehung auf die abdominale Totalexstirpation.

Verf. hat 28 Myomoperationen, alle mit günstigem Erfolg gemacht. In 3 Fällen wurde die Castration ausgeführt, in einem von diesen kehrten die Blutungen wieder und hielten noch ein Jahr an. — Wo die Blutung die Indication zur Operation abgibt, macht deshalb Verf. lieber die Totalexstirpation. In 3 Fällen konnte eine conservative Operation mit Ausschälung des Myom teils pr. vaginam, teils pr. coeliotomiam gemacht werden. In 22 Fällen wurde radical operirt, teils mit supravaginaler Amputation (6 Mal), teils mit abdominaler Totalexstirpation (16 Mal), die Verf. den anderen Methoden vorzieht, weil man dabei leichter die Blutstillung beherrsche. Eine von der Scheide ausgehende Infection fürchtet Verf. nicht. Eine Infection des Peritoneum komme überhaupt nie zu Stande, ausser wo die Hämostase unvollständig war, oder wo eine continuirliche Infection stattfinden konnte.

Während der Operation wurde eine provisorische Abklemmung der Ligamenta lata und Parametrien vorgenommen. Nach der Exstirpation des Uterus Unterbindung dieses und nachfolgende Naht der Vagina. Durch Vernähung des Peritoneum kamen die Ligaturen extraperitoneal zu liegen. —

7. Vedeler: Ein Fall von spondylolisthesischem Becken.

Verf. hat früher als der Erste in Norwegen ein spondylolisthesisches Becken beschrieben. Der vorliegende Fall betrifft eine 32jährige Frau, die vor 7 Monaten eine normale Geburt durchgemacht hat. Sie klagt über Schmerzen im Unterleibe, die sie verhindern, aufrecht zu gehen. Die Untersuchung ergiebt, dass der Körper des 5. Lumbarwirbels über das Os sacrum heruntergeglitten ist. Die Conjugata diagonalis beträgt 11 cm, was einer Conjugata vera von ca. 9 cm entspricht. Dies erklärt, dass sie das Kind verhältnissmässig leicht geboren hatte. Die übrigen Masse sind folgende:

Diam. spin.	21	Diam. trochant.	27.5
„ crist.	25.5	„ Beaudelocquii	18

Die Masse des Beckenausganges waren ca. 8 und 9 cm für den geraden und queren Durchmesser. — Die Ursache war unklar wie bei den übrigen bekannten Fällen. Sie hatte früher an Schmerzen im Rücken und an einer Nierenkrankheit gelitten.

8. H. Vogt: Die puerperale Sterblichkeit und ihr Verhältniss zur Antisepsis und zur operativen Geburtshülfe in Norwegen. 1882—1891.

Verf. zieht einen Vergleich zwischen zwei fünfjährigen Perioden 1882—86 und 1887—91. Die Antisepsis war in beiden ungefähr dieselbe, in der letztern wurden aber mehrere ältere Hebammen durch jüngere ersetzt und es waren mehr Aerzte hinzugekommen. Als Grund-

lage dienen die Aufzeichnungen der Kirchenbücher über „in Wochenbett gestorbene Mütter“ d. h. solche, die innerhalb der ersten vier Wochen post partum verstarben. Er macht darauf aufmerksam, dass die bekannte Aeusserung Trousseau's, „à la campagne on accouche, et l'on ne meurt pas“ jetzt umgekehrt zu gelten habe, indem heutzutage die Sterblichkeit am geringsten in den Gebäranstalten und in den grossen Städten, aber in den kleineren Städten und auf dem Lande grösser ist. Die Ursache hievon ist zweifellos in der besseren Kenntniss über das Wesen der Infektion und in deren Bekämpfung zu suchen.

Verf. meint auch, dass die jetzt verhältnissmässig seltener geübte innere Untersuchung, besonders post partum, einen günstigen Einfluss ausübe, das ist aber nicht der Fall, indem die Mortalität im Wochenbett gleichwohl ein wenig gestiegen ist, von 4,4 bis 4,9 pCt. Was die Sterblichkeit an Infection anbelangt, so ist auch eine Steigerung von 2,5 bis 2,7 pCt. in den 2 Perioden zu bemerken.

Verf. glaubt, dass diese Zunahme der Mortalität von dem häufigeren Gebrauch der Zange herrühre; dies stimmt auch mit Angaben aus Deutschland (Hegar, Dohrn u. A.) überein. — Das Verhältniss zwischen der allgemeinen und puerperalen Mortalität konnte nicht angegeben werden. — Besonders interessant ist ein Vergleich zwischen den 2 grössten Städten Christiania und Bergen, wo sich die beiden mit Hebammenschulen verbundenen Gebäranstalten des Landes befinden:

	Christiania	Bergen	
1. Periode	3,6 p. mille	6,5 p. mille	Allg. puerperale
2. „	3,9 „ „	6,3 „ „	Mortalität.
1. Periode	2,2 p. mille	4,0 p. mille	Mortalität an
2. „	2,2 „ „	3,4 „ „	Kindbettfieber.
1. Periode	3,2 p. mille	4,0 p. mille	Operations-
2. „	3,2 „ „	4,6 „ „	frequenz.

Wie man sieht, ist Christiania entschieden Bergen überlegen sowohl in der allgemeinen puerperalen wie in der Mortalität durch Infection. — Zur selben Zeit ist die Operationsfrequenz, besonders der Gebrauch der Zange, in Bergen in Steigerung. —

Die sehr interessante Studie ist von mehreren Tabellen begleitet.

Neuere Arbeiten über Abortbehandlung.

Sammelbericht

von

Stabsarzt Dr. BRAUSEWETTER
in Constanz.

P. Müller, Ueber Behandlung des Abortes. Volkmann, Samml. Klin. Vortr. N. F. No. 153.
E. Winternitz, Ueber Blutungen nach Abortus veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Graefe'sche Sammlung II. Bd. Heft 4.
W. Huber, Ueber Abortbehandlung. Graefe'sche Samml. etc. I. Bd. 4. 5.
Abel, Ueber Abortbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1897. No. 13. 14.
Berliner med. Ges., Sitzung 10. III. 97. Discussion über den Vortrag des Herrn Abel.

Hahn, Zur manuellen Placentarlösung und Abortausräumung. Deutsche med. Wochenschr. 1897. No. 22.
Dührssen, Ueber eine neue Methode der Behandlung der unzeitigen Geburten. Volkmann, Samml. Klin. Vorträge. N. F. No. 131.
W. A. Freund, Die moderne Lehre von der Behandlung des Abortus. Zeitschr. für prakt. Aerzte. 1897. No. 15.

Die vorstehend erwähnten Schriften gehen sämtlich nicht auf das Wesen des Abortes ein, sondern haben es nur mit seiner Behandlung zu thun. Für diese kommen in Betracht: der drohende, der unvollkommene, der vollkommene Abort und die späteren Blutungen im Gefolge des Abortes.

In Bezug auf den drohenden Abort begnügen sich die Verfasser damit, die Massregeln zu rekapitulieren, welche bisher zur Vermeidung desselben üblich waren und es noch sind. Auffallend ist nur die Vorschrift von Huber. Er rät, bei einem Abortus imminens, der sich nur durch Blutungen anzeigt, ohne dass Wehen eingetreten sind, die Scheide zu tamponieren und zwar schreibt er, dass er zu dieser Tamponade nicht selten 2 m Gaze und mehr nötig gehabt habe. Die Tamponade der Scheide, besonders in dieser Festigkeit ist ganz üblich bei unvollendetem Abort. Hier erfüllt sie neben dem Zweck der Blutstillung den der Wehenerregung. Der Scheidenkolpeurynter findet sich regelmässig unter den Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, seine Wirkung ist die nämliche. Es ist zu fürchten, dass in nicht wenigen Fällen durch die von Huber vorgeschlagene Tamponade das Gegenteil von dem erreicht wird, was beabsichtigt war. Jedenfalls ist diese Art des Erhaltens der Schwangerschaft mit Vorsicht aufzufassen, da wohl auch durch Tamponade zurückgehaltenes sich stauendes Blut leichter geeignet ist, die beginnende Lösung eines Eies zu vervollständigen, als langsam abfliessendes.

Ebenso ruhig gehen die Verfasser über die Behandlung des vollendeten Aborts, um diesen vorwegzunehmen, hinweg. Die Methode der Uterustamponade bei Atonie nach Dührssen ist bekannt und verbreitet. Allein über den vollendeten Abort, d. h. über die Massregeln, welche nach Abortausräumung zu treffen sind, spricht Hahn in seiner Arbeit: „Zur manuellen Placentarlösung und Abortausräumung". Der Verfasser betont die Gefahr nach jedem manuellen Eingriffe in den Uterus, welche dadurch entsteht, dass die Hand beim Durchgang durch Vagina und Cervix Keime auffängt und auf den Uterus überträgt. Er empfiehlt daher nach jedem manuellen Eingriff die Uterustamponade in der Dührssen'schen Art und zwar statt mit Jodoformgaze mit 1prozentiger feuchter Lysolgaze. Verfasser will unter dieser Behandlung noch keinen fieberhaften Verlauf gesehen haben. Die Winternitz'sche Arbeit bespricht die Folgen des Abortes, die Blutungen in späteren Stadien. Bei den vielen Vorschlägen zur expektativen Therapie wirkt die Arbeit durch eine grössere Aktivität erfreulicher. Er findet unter 70 Fällen als Grund der Blutungen 50 mal fibrinöse bez. Placentarpolypen, 12 mal Deciduome und 8 mal Endometritis. Winternitz rät in allen Fällen, wo es sich um Placentarreste oder Deciduome handeln könnte, um nicht mit ungewissen Faktoren rechnen zu müssen, den Uterus zu dilatieren und auszutasten.

Zur Dilatation empfiehlt er die von Swan empfohlenen Laminariastifte, die nur mit einem Faden armiert sind und hält die Vorsichtsmassregel Winter's, den Faden der Länge nach durch den Stift zu ziehen um ein Abreissen zu verhindern, für überflüssig. (Ref. würde dem vorsichtigeren Verfahren Winter's den Vorzug geben.) Nachdem Winternitz noch des genaueren die Art der Einführung besprochen, schildert er in bekannter Weise die Entfernung der Reste durch Abtragung, Kornzange oder Curette. Eine desinficierende Ausspülung oder Aetzung der Uterusinnenfläche nimmt er nicht vor, bisweilen aber Scheidentamponade.

Die schwierigste und verschiedenste Behandlung erfordert der unvollkommene Abort und ihm ist natürlich in den Abhandlungen weitaus die grösste Berücksichtigung geschenkt. Im Grossen und Ganzen macht sich eine Bewegung zu Gunsten möglichst unblutigen Verfahrens geltend. Am weitesten, so weit, dass man ihm kaum zu folgen vermag, geht hier Peter Müller. Es ist schwer über die Arbeit zu berichten. Sie giebt in grosser Breite mit fingierten Beispielen prophylaktische und diätetische Massregeln an, die, wie Müller sich im Anfang selbst entschuldigt, für die Thätigkeit des Hausarztes geschrieben sind. Wenn er nach genauen Vorschriften über Tamponade der Scheide und bisweilen des Cervix ein operatives Verfahren nur ausnahmsweise gestattet und es auch da verwirft, wo es sich um einen „aus sehr starker Blutung hervorgegangenen Schwächezustand" handelt, ja wenn er zum Schluss sagt: „Wenn man auch den extremen Anschauungen nicht beipflichten kann, welche jede innere Untersuchung verbannen möchten, so muss doch zugestanden werden, dass dieselbe soviel als möglich zu vermeiden ist", so legen wir die Schrift erstaunt bei Seite und fragen uns, in welchem Lande es diese „extremen Anschauungen", die beim Abort eine innere Untersuchung verbieten, giebt? Die neuesten Veröffentlichungen von Krönig widersprechen auf das direkteste selbst Müller's gelinderer Auffassung von der Gefährlichkeit der inneren Untersuchung.

Die anderen Verfasser äussern sich in ähnlicher Weise und stellen ein bedingt expektatives Verfahren in den Vordergrund. Am sachlichsten behandelt Freund die Frage. Er geht davon aus, dass eine rein expektative Behandlung des Abortes eine Lebensgefahr für die Frau nicht zur Folge hat, dass indessen die schweren Schädigungen, welchen sie dadurch ausgesetzt ist, die operativen Eingriffe notwendig gemacht haben. Er rät zu Vorsicht in überhäufiger Anwendung des letzteren Verfahrens, das oft genug durch einfache Scheidentamponade zu ersetzen sei.

Betrachten wir die Arbeiten, welche sich vorwiegend mit der Behandlung das unvollkommenen Abortes beschäftigen, in ihrer Gesamtheit, so finden wir 3 Momente, die aus dem Rahmen des schon früher Ueblichen heraustreten. Das ist:

1) die Behandlung durch Uterustamponade bei erhaltenem Ei oder Placenta mit Eihüllen, nach Dührssen,
2) der Kampf gegen die Curette,
3) die Frage der totalen Uterusexstirpation bei schwerer Abortseptikaemie und der partiellen bei Pyaemie.

Dührssen hat die Behandlung der unzeitigen Geburt durch Uterustamponade eingeführt. Die Behandlungsmethoden, welche von den anderen Verfassern angegeben sind, haben meist sein Verfahren zur Grundlage. Nach seinen eigenen Worten ist es folgendes; „In allen Fällen, wo man den schwangeren Uterus in den ersten 7 Monaten entleeren will, mag in demselben noch das ganze Ei — Placenta, Eihülle und Frucht — oder nur die Placenta nebst Eihäuten enthalten, mag der Muttermund geöffnet oder geschlossen sein, — wird die Uterushöhle mit soviel Jodoformgaze ausgefüllt als nur hineingeht, und daran eine feste Scheidentamponade mit Salicylwatte angeschlossen. Der Verlauf gestaltet sich so, dass binnen wenigen Stunden kräftige Wehen eintreten, die nach einiger Zeit wie abgeschnitten aufhören, worauf in manchen Fällen Blutung nach aussen auftritt. Mit dem Aufhören der Wehen ist der richtige Zeitpunkt für die Herausnahme des tamponierenden Materials gekommen. Untersucht man jetzt, so findet man, dass Tampon, Frucht und Placenta in der Scheide oder bei kleinerem Ei in der ballonförmig aufgetriebenen Cervix liegen, während der innere Muttermund sich bereits wieder fest zusammengezogen hat."

Zur Tamponade benutzt Dührssen Jodoformgaze, da er ein Operieren mit aseptischem Material auf dem keimhaltigen Gebiete von Vagina und Cervix für verfehlt hält. In der beigegebenen Tabelle bespricht er die Wirkung in 19 Fällen: 2 mal kein Erfolg; 5 mal Cervix für den Finger durchgängig; 2 mal Cervix verstrichen; 10 mal Frucht und Tamponade ausgestossen.

Dührssen empfiehlt weiter zur Verstärkung der Wehen die Darreichung von Secale, die von den meisten übrigen Autoren, besonders Huber, scharf verworfen wird. Die Anwendung von Secale intra partum et abortum galt bisher als Kunstfehler.

Die Tamponade nach Dührssen wenden in derselben Weise oder mit geringen Abweichungen an P. Müller, Huber und Abel, ersterer nur als Cervixtamponade. Der zu erreichende Zweck ist die Erweiterung des Cervix durch Wehenthätigkeit und dadurch ermöglichte Ausräumung der Abortreste durch den Finger. Genauere Vorschriften zur Technik der Tamponade giebt Abel. Er verwendet mit Dührssen Jodoformgaze, deren Gefahr er im Gegensatz zu Olshausen nicht anerkennt.

Wie erwähnt, betonen die Verfasser die Notwendigkeit der antiseptischen Behandlung, da der keimreiche Weg durch Vagina und Cervix bei aseptischem Verfahren eine Infektionsgefahr in sich schliesst.

Ob die Erfahrung ihnen Recht geben wird, ist abzuwarten; die Untersuchungen von Menge und Krönig machen es zweifelhaft. Die von ihnen veröffentlichten Resultate ergeben eine fast ausnahmslose Keimfreiheit von Cervix und Vagina und sprechen dem Vaginalsekret eine stark baktericide Eigenschaft zu. Aus der Fülle der Untersuchungsergebnisse die aus Menge's und Krönig's Buch im vorliegenden Falle interessieren sei noch Krönig's Schluss hervorgehoben, dass die lokale Therapie nicht das leistet, was man von ihr erwartet hatte, dass weiter die intrauterine Behandlung meist wirkungslos ist, da die Keime so schnell in das Gewebe eindringen, dass sie kein Antiseptikum entfernen kann.

Wenn P. Müller, Huber und Abel die Tamponade zur Erweiterung der Cervix und darauffolgende Ausräumung des Aborts durch den Finger empfehlen, so sind sie sich einig, dadurch ein gefährliches Instrument aus dem geburtshülflichen Besteck entfernt zu haben: die Curette. Am schärfsten im Kampf gegen die Anwendung derselben in irgend einem Stadium des Aborts geht Abel vor. Er legt Kossmann's „Die geburtshülfliche Praxis in kurzer Darstellung" seinen Ausführungen zu Grunde und beweist aus einzelnen citirten Sätzen, dass die „verhängnisvolle Lehre" von der Anwendung der Curette allgemein verbreitet sei. (In der Debatte widerlegt ihn Kossmann und führt aus, dass Abel zu seinem Zweck passende Stellen herausgerissen und solche gegenteiliger Ansicht ausgelassen habe.)

Nach Abel ist der Modus der Abortbehandlung heute allgemein der: „Es liegt eine Blutung nach Abort vor, also wird ohne weitere Vorbereitung die Portio angehackt und ausgekratzt." Er hebt die daraus entstehende Gefahr der Perforation hervor, die so gross sei, dass sie „für weniger Geübte kaum zu vermeiden ist".

In der That, es ist erschreckend, diese Ausführungen zu lesen, die in ähnlicher Weise Huber, in gelinderer P. Müller bringt, und wenn für weniger Geübte die Gefahr kaum zu vermeiden ist, so dürfte allerdings die Curette mit Recht in den alten Kasten geworfen werden.

Aber wo steht das geschrieben, dass man bei Abort „anhackt und auskratzt"? Wenn einige Aerzte schwere Kunstfehler begehen, so ist das nichts Aussergewöhnliches; doch deshalb ein Instrument ausschalten zu wollen, das unter Umständen mehr leistet als der Finger, und dessen Infektionsgefahr geringer ist, heisst das Kind mit dem Bade ausschütten. Referent entsinnt sich nicht, in seiner akademischen Zeit jemals über eine zu weite Indikation zum Gebrauch der Curette belehrt worden zu sein. In Schröder's Lehrbuch (1888) findet sich: „Unzugänglich für den Finger ist die Cervix nur dann, wenn über die Uterusinnenfläche diffus verbreitete Deciduareste, in denen man meist auch noch Chorionzöttchen findet, zurückgeblieben sind. In solchen Fällen leistet die Curette vortreffliche Dienste. Um die letztere anwenden zu können, ist die künstliche Dilatation des Cervixkanals nicht nötig, sondern man führt ein Instrument von der Grösse, wie es durchgeht, ein und schabt die ganze Uterushöhle damit aus."

Besteht das heute nicht mehr zu Recht? Soll man in solchen Fällen, die gewiss nicht selten sind, die Tamponade oder künstliche Dilatation des Cervix anwenden, um mit dem Finger in den Uterus eingehen zu können.

Abel verwendet statt dessen die Methode der Uterustamponade, die er genau beschreibt. Der Arzt, der beim Curettement eine Perforation „kaum vermeidet" und die Vorschriften dieser Tamponade kunstgerecht ausführt, muss gelernt haben. Es ist nicht anzunehmen, dass bei ihrer schematischen Einführung die gerichtlichen Fälle der Uterusperforationen sich vermindern werden.

Die Curette wird in der Hand des besonnenen Arztes auch ferner so unentbehrlich bei der Abortbehandlung sein, wie bisher.

Endlich die operative Behandlung der Abortsepsis. Der Vorschlag von Olshausen, Fritsch u. A. in Fällen akuter, vom Uterus ausgehender Sepsis, diesen mit Adnexen zu exstirpieren ist noch zu wenig ausgeführt und die Statistik über dieses Verfahren noch zu jung, um etwas Beweisendes für oder wider zu ergeben.

Mit einiger Schärfe wendet sich Abel gegen Olshausen, um dessen veröffentlichte Fälle zu zerlegen und die Wertlosigkeit und Gefahr der Methode zu erweisen. Diese Gegnerschaft nimmt Wunder, da die Methode von den ersten Autoritäten empfohlen ist und über ihren Wert oder Unwert die Bakteriologie und klinische Erfahrung in Zukunft entscheiden wird.

Es handelt sich um vitale Indikation, man wird zu der Operation, — wenigstens vorläufig — solange ihr Erfolg zweifelhaft ist, nur bei sonst ungünstiger Prognose schreiten. Mit der erwiesenen Möglichkeit der Rettung wäre damit für den Arzt die Pflicht zur Operation verbunden, die im ungünstigen Falle den tödlichen Ausgang kaum beschleunigen kann. Abel sagt, die Heilung in einem der erwähnten Fälle wäre wohl auch ohne Totalexstirpation erfolgt. Das ist nicht zu beweisen und nicht zu widerlegen. Die Bakteriologie wird das entscheidende Wort sprechen müssen. Handelt es ich bei der puerperalen Sepsis um eine Infektion des gesamten Blutes, so wird die Exstirpation des Uterus (vielleicht!) zwecklos sein. Die Untersuchungen darüber haben bisher wenig ergeben. Die Bakterienbefunde im Blute wurden meist post mortem festgestellt, intra vitam in den seltensten Fällen, und sind vielleicht als postmortale Erscheinungen aufzufassen. Grawitz hält die Verdünnung des Blutes, den Verlust an Trockensubstanz, für das Tötende. Der Gedanke an eine schnelle Regeneration nach Entfernung des Infectionsherdes gehört vielleicht nicht zu den Phantastereien.

Die Vorschläge von Olshausen etc. werden fruchtbarer wirken, als die Angriffe von Abel, und wenn dieser schon jetzt eine strikte Indikationsstellung zu der Operation fordert, damit eine Verallgemeinerung vermieden werde, so steht er auf demselben Standpunkte wie bei der Anwendung der Curette. Mit einem schematischen Grundbuche kommt der Arzt nicht aus. Es genügt, wenn er in einer noch nicht entscheidbaren Frage Anregung empfängt.

Einen von Mackenrodt erwähnten Fall obiger Art citiere ich nach dem mir vorliegenden Berichte wörtlich. Mackenrodt sagt: „In dem geretteten Falle handelte es sich um eine mit starken Entzündungserscheinungen während der Schwangerschaft verlaufende Eiterung der Cervix mit Geschwürsbildung an der vorderen Lippe. Im dritten Monat trat der Abort ein; ich versuchte die durch die Eiterung drohende Gefahr durch Kauterisation der geöffneten Cervix zu eliminieren. 11 Tage später wurden aber die Blutungen so bedrohlich, dass die künstliche Entleerung der Uterus nötig wurde, nachdem in der Zwischenzeit die Eiterung ganz verschwunden gewesen war und die Cervix sich wieder geschlossen hatte. Gleich nach der Entleerung traten Schüttelfröste und hohes Fieber ein, das bis zum dritten Tage sich stetig steigerte. Es wurde Eiweiss im Urin nachgewiesen, die Patientin wurde

von einem deliriösen Zustande befallen — genau so, wie wir es in allen anderen Fällen auch gesehen hatten. — Abends 11 Uhr exstirpierte ich den septischen Uterus, der das eclatante Bild der septischen, mit dem alten Namen der diphtherischen Endometritis zeigte. Zwei Stunden später war die Temperatur normal und der weitere Verlauf ist ungestört geblieben. Patientin ist heute völlig gesund.

Ueber die partielle Exstirpation des Uterus und des Ligamentum latum spricht allein Freund.

Mit besonderem Interesse wendet er sich zum septischen Abort und zur operativen Behandlung desselben. Er macht zuerst auf die Misdeutungen aufmerksam, denen der Arzt durch allzuleichte Indikationsstellung zur künstlichen Frühgeburt ausgesetzt ist, besonders aber warnt er ihn, sich in gutem Glauben von verbrecherischen Abtreibern und Abtreiberinnen beschwatzen und durch lügnerische Angaben zur Ausräumung verführen zu lassen. Die Warnungen Freund's, der in seinen Auslassungen sich noch weiter auf sociales Gebiet begiebt, mögen auf guten Boden fallen, die Gefahr, dass die Gewissenlosigkeit mehr und mehr um sich greife, ist bei der übergrossen Anzahl brotloser Aerzte vorhanden.

Freund erkennt des ferneren die Berechtigung zur Totalexstirpation des Uterus bei akuter Sepsis wohl an, nur den Zeitpunkt hält er für sehr schwierig, da die zu früh ausgeführte Operation unnötig erscheinen, die zu spät ausgeführte den Tod nicht mehr abwenden kann. Er geht dann näher auf die Operation bei pyämischen Prozessen ein.

Im Verein mit v. Recklinghausen beobachtete Freund bei vielen Sektionen pyämisch Verstorbener, dass sich die Infektion an die Placentarstelle anschloss und die Erkrankung isoliert die Wurzel und den Stamm der Vena spermatica interna der betroffenen Seite befallen hatte. Auf diese Erfahrungen gestützt griff Freund in 2 Fällen puerperaler Pyämie zur Radikaloperation und exstirpierte das erkrankte Ligamentum latum mit der befallenen Vena spermatica interna so hoch hinauf als möglich. Beide so operirten Frauen starben. In dem einen Falle zeigte sich, dass die Erkrankung der Vena spermatica interna höher hinauf reichte, als nach dem äusseren Ansehen angenommen war, in dem anderen war das Freibleiben des mittleren und unteren Venenbezirks von Erkrankung nicht ausnahmslos.

Die Prognose bei Pyämie ist keine ungünstige, es wird also zweifelhaft sein, wie weit die Indikation zur Operation gerechtfertigt ist. Freund betont, dass er alle Fälle kriminellen Aborts für prognostisch ungünstig hält und empfiehlt bei sicher nachgewiesenen septischen Keimen die angegebene Operation.

Zur Transplantation der Ovarien.

Bericht

von

Dr. BACKOFEN

zu Berlin.

Emil Knauer. Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. Centralblatt f. Gynaekologie 1896 No. 20 und 1897 No. 26.

Wold. Grigorieff. Die Schwangerschaft bei der Transplantation der Eierstöcke. Centralblatt f. Gynaekologie 1897 No. 22.

Knauer hat auf Veranlassung Chrobaks, angeregt durch die erfolgreichen Resultate der Schilddrüsenversuche, im Juli 1895 bei vier Kaninchen die Ovarien exstirpirt und sie an andere Körperstellen überpflanzt. Die Ovarien wurden — natürlich unter aseptischen Kautelen — nach ihrer Abbindung vollständig losgelöst und bei 2 Hasen je ein Ovarium in das Gekröse eines Uterushornes und je eines zwischen Fascie und Muskeln der Bauchwunde eingenäht; bei den andern beiden Kaninchen wurden die Ovarien in das Gekröse des entsprechenden Uterushornes eingenäht. Die Fixation geschah in der Weise, dass die transplantirten Eierstöcke selbst unverletzt blieben und gewissermassen nur in Taschen zu liegen kamen.

Nach einigen Monaten gingen 3 Tiere an intercurrenten Krankheiten zu Grunde. Bei der Obduktion zeigte es sich nun, dass bei allen 3 Tieren Ovarialreste an Stellen, wo die Eierstöcke hinverpflanzt worden waren, schon makroskopisch nachweisbar waren und dass diese Ovarialreste, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, auch funktionirten. Wenn auch ein Teil der Ovarien zu Grunde gegangen war, so war der übrig gebliebene Rest doch reichlich ernährt, zeigte dem normalen Ovarium ganz entsprechendes Stroma, in dem Follikel in den verschiedensten Stadien der Entwicklung eingelagert waren.

Diese Versuche von Knauer liessen aber noch die Frage offen, ob die transplantirten Ovarien auch weiterhin erhalten bleiben, ob sie imstande sind, die Follikel auch zur Reifung zu bringen und ob schliesslich auch Befruchtung eintreten kann. Deshalb nahm Grigorieff im Juni und Juli 1896 in grösserem Massstabe und zwar an 12 Kaninchen die Transplantation der Ovarien vor. Beide Eierstöcke wurden gleichzeitig an die verschiedensten Teile des Ligamentum latum verpflanzt; in einem vertauschte G. sogar die Ovarien zweier Weibchen. Die Transplantation geschah auf zweierlei Art, entweder wurden die Ovarien vollständig von Peritoneum eingehüllt oder sie wurden nur mit Peritoneum umsäumt, so dass ein Teil frei in die Bauchhöhle prominirte. Ueber diese letztere Art der Experimente berichtet nun G. in der vorliegenden Arbeit und die Erfolge sind

in der That staunenerregend. Vier Weibchen, die nach der zweiten Art operirt worden sind, wurden schwanger. Bei der Autopsie, die etwa 6—7 Monate später vorgenommen wurde, zeigte es sich, dass die Ovarien, die nur mit Peritoneum umsäumt worden waren — G. hatte zum Vergleich jeweils das zweite Ovarium ganz mit Bauchfell umhüllt — völlig von demselben entblösst waren; nur ein kleiner Teil der Peripherie sass fest im neuen Boden. Ferner war nur eine ganz geringe Verkleinerung des Organs eingetreten. Alle 4 Kaninchen befanden sich in einem ziemlich frühen Stadium der Schwangerschaft. Die Ovarien zeigten bei der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung ganz normale Verhältnisse. So war z. B. die Mehrzahl der Ovarien mit Corpora lutea vera versehen; die Rindenschicht zeigte die Eibläschen in den verschiedensten Stadien der Entwickelung. An der Anwachsungsstelle hatte sich sogar ein dem normalen ganz entsprechender neuer Hilus ovarii mit reicher Entwicklung von grossen Gefässen gebildet.

Durch diese interessanten Experimente hat demnach G. den Beweis erbracht, dass Ovarien, ohne Einbusse in ihrer Funktion zu erleiden, transplantirt werden können und „dass diese Funktion, wie es die Thatsache der Schwangerschaft beweist, ihrem biologischen Wesen nach auch ihren normalen Charakter beibehält."

In einer Erwiderung auf G.'s Arbeit berichtet dann Knauer wieder, dass er auch bei Hunden mit überpflanzten Eierstöcken menstruelle Blutungen beobachtet hat. Ferner erwähnt er, dass Robert T. Morris[1]) aus New York ähnliche Versuche an Menschen ausführte.

Morris hat bei einer Frau nach Exstirpation der Adnexa ein Stückchen des kranken Ovarium in den Stumpf der Tube transplantirt. 1 Monat nach ihrer Entlassung wurde diese Frau schwanger. Im 3. Monat trat Abort ein angeblich wegen bleibender Adhäsionen im Becken. Der Fötus war normal entwickelt. In einem 2. Falle transplantirte Morris wegen Amenorrhoe bei infantilem Uterus ein Stückchen Ovarium einer anderen Frau und 8 Wochen darauf stellte sich Menstruation ein.

Selbstbericht.

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.

Ueber kalte Abscesse der Bauchdecken.

Von

Dr. R. MICHELS.

(Inaug.-Dissertation.)

In der Bonner Universitäts-Frauenklinik wurden in der letzten Zeit zwei Fälle von eigenartigen chronischen Entzündungen in der Bauchwand beobachtet, die in ihren klinischen Erscheinungen Desmoiden der Bauchdecken so sehr glichen, dass es sicher nicht möglich gewesen wäre, hier die richtige Diagnose zu stellen, wenn nicht Herr

[1]) The ovarien graft. New York med. journ. Octob. 1895 und Lectures on appendicitis and notes on other subjects, sec. edition 1897.

Geheimrat Fritsch schon vor Jahren einen ganz ähnlichen Fall operirt hätte.

Fall 1. Damals handelte es sich — so teilte mir Herr Geheimrat Fritsch mit — um eine Frau von ca. 40 Jahren, die in der linea alba zwischen Nabel und Symphyse eine zwar nicht deutlich abgrenzbare, aber doch circumscripte Geschwulst seit einem Vierteljahr bemerkt hatte. Die Haut war nicht gerötet. Die Form, der innige Zusammenhang mit der Umgebung liess die Diagnose Tumor (Sarcom? Fibrom?) der Bauchmuskelfascien zu.

Der Tumor sollte exstirpirt werden. Bei dem präparatorischen Vordringen des Messers am Geschwulstrande wurde das Peritoneum eröffnet. Der Tumor, der gleichsam in das Peritoneum überging, jedenfalls sich nicht von ihm ablösen liess, wurde circumcidirt und in die Höhe gehoben. An ihm sass fest verwachsen der Dünndarm, so dass von einem stumpfen Ablösen des Darms nicht die Rede sein konnte. Um die Natur des Tumors festzustellen, wurde in ihn eingeschnitten. Er bestand aus einem schwartigen, schwieligen Gewebe mit eingesprengten Fettklümpchen, kein Tropfen Blut floss aus, nur wenig seröse Flüssigkeit bedeckte die Schnittfläche. Bei mehreren Querschnitten schien die sarkomatöse Natur der Geschwulst klar, die innige Darmverwachsung sprach auch für Malignität, so dass es geraten schien, nicht einen Teil des Tumors am Darm zu belassen, sondern das Stück Darm am Tumor zu reseciren. Dies geschah. Die Kranke starb.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass keine Neubildung vorlag, dass es sich nur um entzündliche Schwarten handelte, die sich ziemlich schroff gegen die Nachbarschaft absetzten.

Hätte man den Tumor vorsichtig abgetragen, den benachbarten Teil am Darm sitzen lassen, die Bauchhöhle nicht eröffnet, so wäre die Patientin gewiss am Leben geblieben. Es war in dem Falle sehr merkwürdig, dass ohne Schmerzen, ohne Entzündungserscheinungen wie bei einer Neubildung langsam in drei Monaten sich ein solcher Tumor gebildet, dass er, weder druckempfindlich noch gerötet, so lange bestanden hatte. Die so traurige Erfahrung aber haftete fest genug in der Erinnerung, um bei dem folgenden Fall sofort die Diagnose „kalter Bauchdeckenabscess“ stellen zu lassen.

Fall 2. Frau A. Z. aus Bingerbrück, 57 Jahre alt, wurde am 18. Februar 1896 wegen einer Bauchdeckengeschwulst in die Bonner Universitäts-Frauenklinik aufgenommen.

Die Anamnese ergab folgendes:

Patientin bekam mit 17 Jahren die Regel, verheiratete sich 1872 und machte einen Partus mit fieberlosem Verlauf durch. Das Klimakterium trat mit dem 51. Jahre ein. Krank will Patientin nur im Oktober 1895 gewesen sein, zu welcher Zeit sie an Uebelkeit, Erbrechen und Ikterus zu leiden hatte. Seit Januar 1896 entwickelte sich in den Bauchdecken unterhalb des Nabels eine Geschwulst, welche sich langsam vergrösserte und gegen welche Patientin feuchte Breiumschläge und salinische Abführmittel anwandte. Beschwerden fehlten ganz, insbesondere auch von Seiten des Magens und Darms.

Befund: Unterhalb des Nabels zeigte sich eine harte, die ganzen Bauchdecken durchsetzende, unempfindliche, fast faustgrosse Geschwulst, die aussen in der Mitte einen markstückgrossen, etwas eingezogenen, blauroten, dünn überhäuteten Fleck trägt. In der Unterleibshöhle befindet sich mit dieser Bauchdeckengeschwulst gallenblasenwärts durch einen breiten, dicken Strang in Verbindung eine kindskopfgrosse Resistenz, die sich nicht deutlich umgrenzen lässt. Zwischen Leber und dieser Geschwulst ist eine zwei bis drei Finger breite Zone von deutlich tympanitischem (Darm) Schall; über der Geschwulst selbst ist der Perkussionsschall gedämpft. Auch diese Geschwulst ist nicht empfindlich.

Der Befund erinnert so an den vorhin erwähnten Fall, dass von vornherein ein solch schwartiger, kalter Abscess angenommen und eine Neubildung, trotz der Unempfindlichkeit, ausgeschlossen wurde.

Operation: Nach gründlicher Desinfection wird über dem Tumor in einer Länge von 10 cm eingeschnitten und vorsichtig in die Tiefe durchpräparirt. Hierbei entleert sich aus einer vielleicht haselnussgrossen Höhle in der Tiefe gelber dickflüssiger Eiter. Um diese Höhle herum befinden sich dicke Schwarten. Diese werden mit dem Messer wie Scheiben einer Frucht ausgeschnitten. Dabei blutet es fast nicht, die Scheiben sehen weissglänzend aus. Eiter ist nicht vorhanden, nur eingesprengte gelblich aussehende Fettläppchen. Es entsteht eine faustgrosse, starre Höhle, deren Wände zu hart sind, als dass sie sich aneinanderlegten. Absichtlich wird sehr vorsichtig in die Tiefe vorgegangen, sodass die Peritonealhöhle uneröffnet bleibt. Hierauf wird die Wundhöhle gesäubert und tamponirt. Zur Verkleinerung der Wunde werden oben und unten je eine Drahtsutur gelegt.

Im ferneren Verlaufe schmelzen die harten Begrenzungen der Wundhöhle ein. Es entsteht eine Eiterung, Granulationen spriessen hervor und auffallend schnell, in acht Tagen, ist die ganze Höhle ausgefüllt. Der Verlauf war völlig fieberfrei.

Die Patientin wird am 2. März 1896 mit einer kleinen Fistel, die laut Bericht bald geheilt ist, entlassen. Der innere Tumor ist nicht mehr zu fühlen. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergiebt nur die Zeichen einer chronischen Entzündung.

Fall 3. Am 5. März 1896 kam Frau A. G. aus Klein-Büllesheim, 69 Jahre alt, in die Poliklinik der hiesigen Universitäts-Frauenklinik mit der Klage über Schmerzen im Unterleib. Die Anamnese ergab Folgendes: Die Regel trat mit 17 Jahren ein, war immer regelmässig und ohne Beschwerden. Seit ihrem 19. Jahre verheiratet, machte Patientin fünf normale Entbindungen durch, die letzte vor 30 Jahren. Eintritt der Wechseljahre 4 Jahre später, also mit dem 34. Lebensjahre. Patientin war bis vor 13 Wochen stets gesund. Zu dieser Zeit traten in der linken Seite dich unterhalb des Nabels geringe Schmerzen ein, die nicht wieder verschwanden. Der Stuhlgang war immer, auch in der letzten Zeit, regelmässig, das Wasserlassen nicht behindert.

Aeussere Untersuchung: Alte ziemlich abgemagerte Frau von guter Gesichtsfarbe. Unterhalb des Nabels befindet sich ein fester, derber Tumor von Faustgrösse, der mit den Bauchdecken fest verwachsen und nicht deutlich von der Umgebuug abzugrenzen ist. Die Oberfläche der Geschwulst ist nicht verfärbt. Der Tumor ist auf Druck sehr wenig schmerzhaft. Im Urin findet sich kein Eiweiss.

Innere Untersuchung: Uterus und Adnexe sind frei, der Tumor hängt nicht mit den inneren Genitalien zusammen.

Die Diagnose wurde auf kalten Abscess der Bauchdecken gestellt, da der Fall den zwei oben beschriebenen aufs Haar glich. Am 7. März wird in Chloroformnarkose der Tumor in seiner ganzen Ausdehnung umschnitten und hierauf stückweise, wie der Tumor des vorigen Falles, excidiert.

Bei der Excision entleerten sich an einer Stelle in dem Centrum der Geschwulst einige Tropfen dicken Eiters und nun zeigt sich dort ein Fremdkörper, der mit der Kornzange gefasst und herausgezogen wird. Tamponade der grossen Wundhöhle mit Jodoformgaze. Am unteren und oberen Wundwinkel je eine Drahtsutur. Die Wunde heilt wie die frühere mit reichlicher Eiterentwickelung. Sehr gute Granulationen. Patientin wird am 21. März mit einer 3 cm langen und 2 cm breiten, gut granulirenden Wundfläche entlassen. In der Heimat schnelle vollständige Heilung.

Die Untersuchung des Fremdkörpers ergab, dass es sich um ein 3 cm langes, dünnes Aestchen handelte. Die exstirpirten Gewebsstücke bestanden aus sehr derben bis knorpelharten, bindegewebigen Schwarten, in denen zahlreiche kleine, ca. stecknadelkopfgrosse, gelbliche Eiterherde eingesprengt waren. Mikroskopisch fanden sich nur Veränderungen einer chronischen Entzündung. Aktinomyceskörner konnten im Eiter nicht nachgewiesen werden.

Die drei oben mitgeteilten Fälle haben das Gemeinschaftliche, dass sich schmerzlos (nur in einem Fall bestanden geringe Beschwerden), ohne Fieber und Rötung, im Verlauf von einigen Monaten ein mehr

oder weniger scharf abgrenzbarer „Tumor“ in den Bauchdecken bildete, der mit diesen innig zusammenhing und bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung nicht die Zeichen einer Neubildung, sondern lediglich die einer chronischen Entzündung darbot.

Liegt das Interesse bei diesen Pseudotumoren so einerseits in ihrer Aehnlichkeit mit Desmoiden der Bauchdecken, so ist andererseits die Art und Weise ihrer Bildung nicht minder interessant. Wenn man auch a priori die Möglichkeit zugeben muss, dass sich derartige kalte Abscesse gelegentlich von aussen nach innen bilden können, so ist doch in unseren Fällen der Ausgang von den Abdominalorganen, speciell vom Darm, am wahrscheinlichsten. Im ersten Fall spricht die innige Darmverwachsung, im zweiten die relativ kurze Zeit vorhergegangenen Darmstörungen, in dritten endlich das sicher aus dem Darm stammende Aestchen dafür. Man kann sich hier den Vorgang so denken, dass zunächst durch einen Defect in der Darmschleimhaut, der einerseits infolge eines Traumas (Fremdkörper) oder durch Erkrankungen (Geschwüre) entstanden sein kann, Bakterien aus dem Darminnern die Darmwand durchdringen und auf der Serosa durch ihren Reiz eine lokale Entzündung hervorrufen. Infolge dieser lokalen Entzündung kann es leicht zu einer Verklebung des Darms mit einer anderen serösen Fläche, also gelegentlich auch mit der vorderen Bauchwand kommen. Ist diese Verklebung erfolgt, so ist die Brücke geschlagen, über welche die Mikroorganismen in die vordere Bauchwand eindringen können. Sind sie daselbst angelangt, so erzeugen sie hier den kalten Abscess. Welche Bakterien gerade in unseren Fällen die chronischen Entzündungen hervorgerufen haben, wurde nicht untersucht. Wahrscheinlich handelte es sich nicht um das immerhin gefährliche Bacterium coli, vielmehr um einen ungefährlichen Darmbewohner. Daher die chronisch verlaufende Entzündung.

Die eben geschilderten Formen von kalten Abscessen der Bauchwand scheinen ziemlich selten zu sein, wenigstens sind meines Wissens bis jetzt nur eine recht geringe Anzahl einigermassen ähnlicher Fälle in der Literatur beschrieben worden. Am meisten hinsichtlich der Art der Entstehung und des Verlaufes ist ein Fall den drei mitgeteilten vergleichbar, den Frank in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie in Berlin in der Sitzung vom 23. Mai 1890 bekannt gab.[1]) Hierbei handelte des sich um einen Tumor, welcher sich innerhalb 6 Monaten in der Gegend unterhalb des Nabels gebildet hatte und zur Zeit der Operation die Grösse einer halben Faust besass. Die Geschwulst zeigte eine derbe Consistenz und war auf den Bauchdecken nicht verschieblich. Nach dem Becken schien sie sich mit einem 2 cm breiten Stiel fortzusetzen. Martin exstirpirte den Tumor, welcher für ein Fibrom der Bauchdecken gehalten wurde. Bei der Operation wurde die Geschwulst angeschnitten und man erblickte in der Schnittöffnung den Oehrenteil einer Nähnadel. Gleichzeitig entleerte sich eine geringe Menge geruchlosen Eiters. Der Tumor war äusserst fest mit den Bauchdecken verwachsen. Um ihn vollständig zu exstirpiren musste das Abdomen eröffnet werden. Nun zeigte sich, dass eine

[1]) Centralblatt f. Gynaek. Bd. 14, pag. 465.

Dünndarmschlinge einige Centimeter unterhalb der Geschwulst den Bauchdecken adhärent war. Der Darm wurde stumpf abgelöst und die Serosa durch Naht geschlossen.

Der Tumor bestand zum grössten Teil aus Fettgewebe, zum Teil enthielt er Muskelsubstanz. In der Mitte der Geschwulst befand sich die ca. haselnussgrosse, unregelmässig gestaltete Eiterhöhle, in der die Nähnadel lag. Nach der Bauchhöhle zu führte ein feiner Fistelgang.

Auch in diesem Fall ist wieder die fast schmerzlose Entstehung, das über Monate sich erstreckende Wachstum, die feste Verwachsung mit den Bauchdecken, die Unempfindlichkeit der Geschwulst bemerkenswert und der Ausgang vom Darm, den auch Frank annimmt, durch die Adhärenz der Dünndarmschlinge und die zur Bauchhöhle führende Fistel sehr wahrscheinlich.

Etwas anders scheint sich in letzterer Beziehung ein Fall zu verhalten, den in jüngster Zeit Sänger mitteilte.[2]) Hierbei handelte es sich um einen apfelsinengrossen Tumor zwischen Nabel und Symphyse, der für ein Desmoid gehalten wurde, während man bei der Operation feststellte, dass es sich um ein hartes, kugeliges Exsudat des präperitonealen Bindegewebes handelte, mit Ausstrahlungen in Muskeln und Aponeurosen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Fibrin in allen Stadien des Zerfalles, durchsetzt von Wanderzellen. Sänger nimmt an, dass diese chronische Entzündung ihren Ausgang von einer Pelveophlegmone genommen hat, an der die Patientin ca. acht Monate vorher erkrankt war. Wenn man einerseits dieser Annahme grosse Wahrscheinlichkeit zuerkennen muss, so lässt sich doch andererseits in diesem Fall der Ausgang vom Darm um so weniger ausschliessen, als ein Zusammenhang des Pseudotumors weder mit den Organen des Beckens, noch mit den narbigen Residuen der Parametritis vorhanden gewesen zu sein scheint.

Wovon aber diese Entzündung auch ausgegangen sein mag, sie gleicht den mitgeteilten Formen sowohl im klinischen Verlauf als auch im Wesentlichen in ihren histologischen Eigentümlichkeiten, so dass ich glaube, sie unseren Fällen anreihen zu dürfen.

Sitzungsberichte
der
gynäkologischen Gesellschaft zu Krakau.

Sitzung vom 21. Oktober 1896.

Vorsitzender Herr v. Mars, Schriftführer Herr Cercha.

1. Herr v. Mars: **Ein Fall von Pruritus vulvae geheilt durch eine neue Operationsmethode.**

Nachdem Vortragender die Ueberzeugung gewonnen hat, dass in manchen Fällen der Pruritus dem Umstande seinen Ursprung verdankt, dass die grossen Schamlippen entropionirt sind und die Schamhaare den Vorhof und die Clitoris berühren, führte er in einem Falle eine Operation aus, die bestimmt war, den Haaren eine andere Lage zu geben. Er excidirte

[2]) Centralbl. f. Gynaekol. 1897, No. 16, Seite 446.

aus der äusseren Begrenzung der Schamlippen jederseits einen longitudinalen 10 cm langen Hautstreifen und nähte den Defect mit versenkter Catgutnaht und oberflächlicher Seidennaht zu. Die Lippen wurden auf diese Weise ectropionirt und der Pruritus verschwand gänzlich. Die betreffende Patientin war 33 Jahre alt, es konnte somit ein Schwund der äusseren Geschlechtstheile, der in einem anderen Falle das Entropium verursachte, ausgeschlossen werden. Ob neben der falschen Richtung der Haare, die wahrscheinlich bei der Patientin schon vor dem Ausbruch des Pruritus bestand, kein anderes aetiologisches Moment eine Rolle spielte, lässt Vortr. dahingestellt. Jedenfalls ist der Erfolg der Operation ein eclatanter.

2. Herr Rosner: **„Ein Fall von sogen. Deciduom."**

Betreffende Patientin war 20 Jahre alt und hat einmal vor einem Jahre geboren. Regel nach der Geburt normal. Seit 4 Monaten Blutungen. Vortr. fand die Patientin hochgradig anämisch. Am Harnröhrenwulst eine etwa nussgrosse, verdickte, cyanotisch verfärbte, brüchige, stark blutende Geschwulst. Neben der vergrösserten Gebärmutter ist rechts ein weicher, plastischer Tumor zu fühlen, welcher vollkommen einer vergrösserten Tuba entspricht. Die Sonde dringt 13 cm tief in die Gebärmutter hinein, wobei keine Tumoren zu fühlen sind. Die Kranke wurde in die gynäkologische Abtheilung des St. Lazarusspitals aufgenommen, wo Herr Prof. v. Jordan den vulvaren Tumor excidirte und die Gebärmutterhöhle zwecks der Diagnose ausschabte. Die scharfe Curette fördert nur sehr spärliche Partikelchen zu Tage, höchstens so viel, wie aus einer normalen Gebärmutter. Die mikroskopischen Präparate, welche Vortr. verfertigte, zeigen ein ausgesprochenes Bild des sogen. Deciduoms und ähneln auffallend den von Marchand publicirten. In den aus der Gebärmutterhöhle ausgekratzten Stückchen fand Vortr. dasselbe geradezu typische Bild der sogen. decidualen Geschwulst neben erhaltenen Utriculardrüsen.

Im weiteren Verlaufe kam es zur Entwicklung von zwei neuen Tumoren in der Vagina resp. Vulva. Die Kranke starb nach einigen Wochen. Die Nekroskopie wurde leider nicht gestattet. Vortr. äussert die Meinung, dass die Neubildung höchstwahrscheinlich in der Tube ihren Ausgangspunkt hatte, nämlich aus einer Extrauterinschwangerschaft Diesem Umstande dürfte wohl auch die Vergrösserung der Gebärmutter entsprechen. Die Neubildung konnte sich vielleicht erst secundär in dem Uterus entwickelt haben, wo sich sicherlich kein Tumor befand. Vortr. zeigt die mikroskopischen Präparate vor.

An der Discussion betheiligt sich ausser dem Vortr. Herr v. Mars.

Sitzung vom 17. November 1896.

Vorsitzender Herr v. Mars, Schriftführer Herr Cercha.

Herr Mikucki stellt eine klinische Kranke vor, bei welcher er wegen Prolaps und Retroversion die Verkürzung der Ligg. rotunda und sacro-uterina nach Bode-Wertheim neben Kolporraphia anterior und Amputation der Vaginalportion ausgeführt hat. Das Resultat ist ausgezeichnet.

An der Discussion betheiligen sich:

Herr Switalski ist der Meinung, dass die Methode von Bode-Wertheim geeignet ist, ausgezeichnete Resultate zu liefern, nur ist die Operation nicht immer so leicht, wie in dem von Herrn Mikucki vorgestellten Falle. In einem anderen klinischen Falle wurde während der Verkürzung eines Lig. sacro-uterinum ein kleines arterielles Gefäss verletzt, welches nur schwer umstochen werden konnte. Es bildete sich in diesem Falle ein perimetritisches Exsudat.

Herr v. Mars giebt seiner Freude Ausdruck, dass wir nach vielen Abirrungen endlich den richtigen Weg zur operativen Therapie der Retrodeviationen gefunden haben.

Sitzung vom 1. December 1896.

Vorsitzender Herr v. Jordan, Schriftführer Herr Cercha.

Herr Switalski: **Ein Fall von Gravid. extraut. tubaria isthmica.**

Die 36jährige Patientin hat vier normale Geburten durchgemacht, zuletzt vor drei Jahren. Regel alle vier Wochen normal. Anfangs October starke Blutung, Kreuz- und Bauchschmerzen. Uterus vergrössert, elevirt und anteponirt, unbeweglich. Links ein faustgrosser, sehr schmerzhafter, unbeweglicher, ziemlich harter Tumor. Im Douglasraum eine exsudatähnliche Resistenz. Zwei Tage nach der Aufnahme in die Klinik verliess die Patientin auf kurze Zeit das Bett, machte einige Schritte im Saal, fiel zu Boden und starb plötzlich. Während der Nekroskopie fand man in der freien Bauchhöhle nur wenig Blut. Im Douglas'schen Raume, der mit Darmschlingen und Pseudomembranen überdacht ist, findet sich ziemlich viel geronnenen Blutes. Die linke Tube mündet mit breiter Oeffnung in diese Blutgeschwulst ein. Im Innern der Tube findet sich ein gestielter, wallnussgrosser, brüchiger Polyp. Der ziemlich lange Stiel ist leicht rosaroth, der eigentliche Tumor dunkelroth verfärbt. Mikroskopisch findet man leicht zahlreiche, gut erhaltene Chorionzotten. Es handelt sich also in diesem Falle um Tubarabort. Der plötzliche Tod kann mit Verfettung des Herzmuskels erklärt werden.

Herr Switalski: **Ein ungewöhnlicher Fall von Stieltorsion eines Ovarialkystoms** (mit Demonstration des anat. Präp.).

Es handelt sich um ein mannskopfgrosses, rechtsseitiges Eierstockkystom, das um 340° gedreht war. Das Interessante bestand darin, dass die rechte Hälfte der Gebärmutter, welche auffallend weich ist, mit in die Torsion eingezogen wurde, cyanotisch verfärbt ist und derartigen Eindruck macht, dass es dem Operateur gerathen erscheint, eine Amputatio supravaginalis auszuführen. Die Torsion der Gebärmutter kommt überhaupt selten vor. Vortr. erwähnt aus der Litteratur einige Fälle von Torsion des Uterus.

Herr Braun behandelt eine Dame, bei welcher im 7. Schwangerschaftsmonat Symptome der Stieltorsion eines Ovarialkystoms eben aufgetreten sind. Dieselben Symptome quälten die Patientin während der beiden vorausgegangenen Schwangerschaften und hörten erst einige Tage nach der Geburt auf.

Herr Rosner erwähnt, dass er seinerseits den statistischen Beweis erbracht hat, dass die Schwangerschaft keineswegs zur Stieltorsion disponire, wie dies allgemein angenommen wird. Was die Patientin des Herrn Braun anbelangt, so wäre es auch möglich, dass die sogen. Torsionssymptome dem Hineinwachsen zwischen die Blätter des Lig. lat. und Compression des Stieles ihren Ursprung verdanken. Man könnte auf diese Weise diesen merkwürdigen Umstand erklären, dass die Symptome schon zum dritten Male im 7. Lunarmonate auftreten und nach der Geburt spurlos verschwinden.

Herr Mikucki: **Ein vereiterter Echinococcus der Leber in der Schwangerschaft.**

Die Patientin ist 33 Jahre alt und machte sechs normale Geburten durch. Leidet seit drei Monaten an Schüttelfrost, Fieber und Bauchschmerzen. Der Allgemeinzustand sehr schlecht. Patientin collabirt und kachektisch. Im Bauche sind zwei Tumoren zu fühlen. Der eine entspricht der schwangeren Gebärmutter im etwa 7. Lunarmonate, der zweite, viel grössere, fluctuirende, äusserst schmerzhafte und unbewegliche Tumor grenzt nach unten an das rechte Horn der Gebärmutter, nach oben an die Leber. Die Diagnose schwankte zwischen Leberechinococcus und torquirtem, vereitertem Ovarialkystom. Die von Herrn Prof. v. Jordan ausgeführte Laparotomie bestätigte die erstgenannte Annahme. Der Echinococcussack, welcher mit ungefähr sechs Liter eitriger Flüssigkeit gefüllt war, wurde an die Bauchdecken angenäht und drainirt. Da sich der Eiter in die Bauchhöhle ergoss, wurde das Peritoneum nach Mikulicz tamponirt. Drei Stunden nach der Operation Abort, am dritten Tage verschied die Patientin.

Herr Braun frägt, weshalb nicht zweizeitig operirt wurde.

Herr v. Jordan antwortet, dass er es sicherlich gethan hätte, wäre der Allgemeinzustand der Patientin ein besserer gewesen. Am Tage der Operation war sie jedoch im höchsten Grade collabirt, so dass es ihm angezeigt erschien, auf möglichst kürzestem Wege zum Ziele zu gelangen.

Sitzung vom 15. December 1896.

Vorsitzender Herr v. Mars. Schriftführer Herr Cercha.

1. Herr Rosner: **Zur Technik der Discission des äusseren Muttermundes** (Ausführlich im Centr. f. Gynaek. 1897 No. 8 erschienen).

In der Diskussion betheiligten sich:

Herr Switalski, der bei der Ausführung der Operation assistirte, kann bestätigen, dass dieselbe leicht war und glatt verlief.

Herr Braun ist mit der Idee der Operation einverstanden, meint jedoch, dass die dadurch entstandenen Narben auf den Verlauf der Geburt störend einwirken werden.

Herr v. Mars muss die Vorzüge dieser Operation anerkennen, will nur betonen, dass die Discission des inneren Muttermundes, welche Herr Rosner verwirft, doch in manchen Fällen angezeigt ist. Was die Frage nach Ectropium anbelangt, so will er zwar nicht bestreiten, dass selbes nach zu ausgiebig ausgeführter Discission entstehen kann, hat es aber bei seinen Patientinnen nie erlebt, obwohl er grundsätzlich die Discissionsschnitte hoch führte. Er meint, zum Entstehen des Ectropium sei neben Laceration des Cervix oder Discission eine Metritis und Endometritis nothwendig. Er beabsichtigt die Rosner'sche Methode zu modificiren, worüber er nächstens ausführlich berichten wird.

Herr v. Jordan meint, dass man der von Rosner angegebenen Operation den Vorwurf machen könnte, dass sie zu komplicirt sei und deshalb in der Sprechstunde schwerlich ausgeführt werden könne. Nach der gewöhnlichen Discission, die er sicherlich über tausendmal ausgeführt hat, concipieren die Frauen ziemlich oft; bei anderen ist das Zusammenwachsen der Schnittflächen und somit ein Recidiv des Leidens zu beobachten. Bei diesen letzteren wäre die Rosner'sche Methode angezeigt.

Herr v. Mars führt die Discission nie in der Sprechstunde aus, weil er ein Anhänger der ausgiebigen Discission ist.

Herr Rosner spricht sich noch einmal gegen das Durchschneiden des inneren Muttermundes aus und meint Herrn Braun gegenüber, dass die durch die Operation entstandenen Narben sich für die Geburt als belanglos erweisen werden.

Sitzung vom 12. Januar 1897.

Vorsitzender Herr v. Mars, Schriftführer Herr Rosner.

1. Herr Mikucki: **Ueber den Küstner'schen Bauchschnitt.**

Vortragender hat in der v. Jordan'schen Klinik zweimal Gelegenheit gehabt, den Küstner'schen Bauchschnitt auszuführen, nämlich einmal bei Ovariotomie und einmal bei Ventrifixur. Beide Male hat sich derselbe gut bewährt. Vortr. äussert die Meinung, dass man, Dank diesem Schnitt eher im Stande sein wird, den Bauchhernien vorzubeugen.

Herr Switalski muss die Vorzüge des Schnittes anerkennen, meint jedoch, dass derselbe nur sehr selten indicirt ist. Bei Operationen, wo man Einsicht in die Bauchhöhle gewinnen will, erschwert und verzögert der Küstner'sche Schnitt die Operation.

In einem Falle von Kastration bei Osteomalacie musste neben dem Küstner'schen ein Schnitt in der Mittellinie geführt werden, um überhaupt die Operation vollenden zu können. Was die Hernien anbelangt, so ist nicht einzusehen, weshalb dieselben nicht ebenso oft wie bei anderen Schnittmethoden entstehen sollten.

Herr v. Mars ist mit den Auseinandersetzungen des Herrn Switalski nicht einverstanden.

Herr Obalinski lenkt die Aufmerksamkeit auf die Silbernaht, die er nach Duplay bei mehreren Operationen, besonders bei radicalen Hernienoperationen mit gutem Erfolge angewandt hat.

2. Herr v. Mars: **Geburt bei einer Zigeunerin.**

Die 30jährige Zigeunerin soll 10 mal normal geboren haben. Durch sehr genaue Beckenmessungen, mit Hilfe des Skutsch'schen Zirkels, konnte nachgewiesen werden, dass das Kreuzbein entschieden kürzer war, als normal, ferner, dass die äusseren Beckenmasse gegenüber den inneren klein waren, was für die Gracilität der Knochen spricht, dass endlich der Beckeneingang länglich oval gestaltet war. (Die Conj. vera 10,6 cm, die Diam. transerva 10,0 cm.) Dementsprechend war auch der Geburtsmechanismus einfacher, als wir ihn zu beobachten pflegen. Die Pfeilnaht verlief im Beckeneingang schräg. Die Richtung derselben bildete mit der der Conj. vera einen entschieden kleineren Winkel, als mit der der Diam. trans. Dieselbe Einstellung des Kopfes konnte man auch in tieferen Beckenebenen antreffen, so dass eigentlich die Cardinaldrehung in der Beckenenge ausbleiben musste. Das Neugeborene war 47 cm lang und wog 3200 gr. Seine Kopfmaasse waren mehr weniger normal.

3. Herr Switalski: **Ein Fall von abdominovaginaler Totalexstirpation des Uterus mit Adnexis wegen chronischer gonorrhoischer Adnexerkrankung derselben.**

Vortr. erzählt ausführlich die Krankengeschichte und den Operationsverlauf dieses ungemein complicirten und interessanten Falles. Die Operation dauerte $2^1/_2$ Stunden. Der Erfolg war ausgezeichnet.

4. Herr v. Mars: **Zur Erweiterung des äusseren Muttermundes modo Rosner** (ausführlich im Centr. f. Gynäk. 1897, No. 8, erschienen).

In der Discussion betheiligte sich Herr Trebicky.

5. Herr Dolinski: **Ueber die Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms mit Extr. chelidonii.**

Herr Dolinski erzählt die Krankengeschichten zweier Patientinnen, die in der v. Jordan'schen Klinik mit Chelidonium behandelt waren. Man gebrauchte dazu ausser Injectionen von Chelidonium mit Wasser und Glycerin — Tampons von Extr. chelidonii maioris 40,0, Glycerin 20,0 und verabreichte per os Extr. chelidonii 20,0 Aquae melissae 100,0 pro Tag, alles genau nach Vorschriften von Denissenko. Die Injectionen waren äusserst schmerzhaft, so dass man der zu injicierenden Flüssigkeit Cocain 1:4 beimischen musste. Auf diese Weise wurde die Injection fast schmerzlos ausgeführt.

24 resp. 36 Stunden nach der Injection beobachtete man in beiden Fällen eine Temperatursteigerung bis über 40° C., welche jedoch nur 1 bis 2 Stunden dauerte. Vortr. kann über gute Resultate nicht berichten. In beiden Fällen entwickelte sich das Carcinom weiter, nur wurde es oberflächlich nekrotisch.

Herr Trebicky behandelte einen Fall von Carcinoma mammae inoperabile mit Injectionen von Chelidonium und konnte constatiren, dass an der Injectionsstelle sich unter starker Reaction ein Abscess bildete. Nach Eröffnung desselben war der Carcinomknoten nicht mehr zu fühlen, da er dem eiterigen Zerfalle anheimgefallen war.

Herr Switalski ist der Meinung, dass die Einspritzungen tief ins Parametrium nicht gefahrlos sind. Es kann eine Verletzung der Uterina vorkommen.

Herr Wiszniewski wandte diese Behandlungsmethode in einem Falle von Mammacarcinom an, jedoch insofern ohne Resultat, als die Patientin wegen starker Schmerzen, die ihr die erste Injection verursachte, weitere Injectionen nicht gestattete.

Herr Dolinski weist auf die Möglichkeit hin, dass nicht überall mit demselben Präparate experimentirt wurde, was verschiedenartige Resultate erklären könnte. Er benutzte das Präparat der Fabrik Hell in Troppau.

Sitzung vom 26. Januar 1897.

Vorsitzender Herr v. Mars, Schriftführer Herr Rosner.

1. Herr Rosner: **Zur Deutung der Carcinomfrühsymptome.**

Vortr. erzählt die Krankengeschichte einer 29jährigen Patientin, die wegen Herzsymptome seinen Rath suchte. R. fand ein weit vorgedrungenes Carcinom der Portio vaginalis, welches absolut ohne Symptome verlief. Während der vaginalen Exstirpation zeigte sich, dass das rechte Parametrium carcinomatös infiltrirt ist. Das Anlegen von Klemmen oder Ligaturen war einfach technisch unausführbar. Vortr. wandte als Ultimum refugum eine Methode an, die sich in diesem Falle als praktisch erwies, er trennte nämlich das Kranke einfach ohne präventive Blutstillung von der gesunden Umgebung und schloss erst nachher die blutenden Gefässe durch Klemmpincetten. Vortr. äussert die Meinung, dass es pädagogisch unrichtig ist, von Carcinomfrühsymptomen zu reden und bestreitet den Werth der Anamnese in diesen Fällen.

Der Vortrag rief eine sehr lebhafte Discussion hervor, an welcher sich ausser dem Vortr. die Herrn v. Jordan, v. Mars, Switalski, Cercha, Zoll und Lax betheiligten.

2. Herr Kosminski: **Ein Fall von interstitieller Schwangerschaft.**

Herr Kosminski erzählt einen auf der Abtheilung des Herrn von Mars sehr genau beobachteten Fall, in welchem interstitielle Schwangerschaft diagnosticirt und unterbrochen wurde. Es handelte sich in diesem Falle um eine viermonatliche Schwangerschaft, welche sich interstitiell entwickelt und eine ausgesprochene Tendenz hatte, sich gegen das Cavum uteri auszubreiten. Hochgradige Anaemie neben lange dauernden Symptomen von drohendem Abort bewegten den Operateur zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Nachgeburt wurde manuell gelöst. Man bestätigte dabei die Diagnose der interstitiellen Schwangerschaft und konnte konstatiren, dass das proximale Ende der rechten Tube stark dilatirt und verdünnt war. Ausgang glücklich.

3. Herr v. Jordan: **Ein Fall von fünfmonatlicher Schwangerschaft bei einer Zwergin mit hochgradiger rachitischer Skoliose.**

Vortr. stellt die Patientin vor welche 109 cm hoch ist und 33½ kg wiegt und giebt sehr genaue Maasse, betreffend das Skelet der Patientin an. Was das Becken anbelangt, so konnte ein absolut schräg verengtes Trichterbecken diagnosticirt werden.

Herr Rosner vergleicht mit dem vorgestellten einen anderen Fall, wo Achondroplasie diagnosticirt wurde. Er meint in eben vorgestelltem Falle handele es sich um ein Zwergbecken, welches durch hochgradige Rachitis verunstaltet wurde. Dafür spricht die Form des Trichterbeckens.

Sitzung vom 16. Februar 1897.

Vorsitz. Herr v. Mars. Schriftführer Herr Rosner.

1. Herr Switalski **stellt einen Anencephalus vor.** Es ist dies das 4. Kind einer 32jährigen gesunden Frau. Die Geburt verlief normal. Das Kind stellte sich mit dem verkümmerten Schädel zur Geburt. Es konnte als vorangehender Theil ein weicher Tumor gefühlt werden, der, wie es sich später zeigte, ein Rudiment des Gehirns war. Das Mädchen wiegt 2600 gr. Länge der Nabelschnur 21 cm. Placenta und Eihäute normal.

An der Diskussion betheiligten sich die Herren v. Mars, Rosner und Cercha.

2. Herr v. Mars: **Ein Fall von spontaner completer Ruptur der Gebärmutter sub partu, geheilt durch Exstirpatio uteri totalis per abdomen.**

Herr v. Mars bespricht in einem längeren Vortrage die bisherige Therapie der Ruptur und beleuchtet kritisch den Werth mancher Methoden. Er erzählt nachher ausführlich den Krankheitsfall.

Die 40jährige Patientin kreisste zum 8. Male. Nach 24stündigen starken Wehen Symptome der Uterusruptur. Sie konnte erst nach weiteren 12 Stunden von einem 2 Meilen entfernten Dorfe nach Krakau mittels eines Bauernwagens transportiert werden. Vortr. diagnosticirte eine complete Ruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Temperatur 36,0. Puls 120. Anaemie. Es wurde sofort zur Koeliotomie geschritten, das Kind und die Nachgeburt entfernt und nachher die totale Uterusexstirpation ausgeführt. Die Bauchhöhle wurde nach der Scheide und durch den unteren Bauchwundwinkel mittels Jodoformgase drainirt. Verlauf günstig. Die Patientin wird vorgestellt. Vortr. bespricht die Vorzüge der von ihm angewandten Methode.

Der Vortrag rief eine sehr lebhafte Diskussion hervor, an welcher sich betheiligten: Herr v. Jordan, Braun, Rosner, Cercha, Kosminski, Switalski und der Vortragende.

Geburtshilfliche Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 7. Juli 1897.

Stellvertr. Vorsitzender: Dr. William Duncan.

Demonstration von Präparaten:

Dr. Lewers: **Primäres Sarcom des Corpus Uteri** (s. unten).

Dr. Galabin: **Ein durch Hysterectomie gewonnenes 16 Pfund schweres oedematöses Myom.**

Dr. Giles: **Molluscum fibrosum labii majoris bei einer schwangeren Frau.**

Vorträge:

Dr. Arthur Giles und Dr. Ewen Maclean: **Zwei aussergewöhnliche Fälle von Tubarschwangerschaft, von denen der erste chronische Darmobstruction bei Haematosalpinx der nicht graviden Tube verursachte, der zweite Retroversio Uteri gravidi vortäuschte.**

1. Fall: Symptome und physicalischer Befund deuteten hauptsächlich auf eine Beckenbindegewebsentzündung bei wahrscheinlich bestehender Schwangerschaft compliciert durch chronische Darmobstruction. Da der Befund in mannigfacher Hinsicht eine Retroversio Uteri gravidi vermuten liess, wurde ein Emporschieben der hinter der Cervix gelegenen Masse in Narkose, jedoch ohne Erfolg, versucht. Patientin wurde allmählich so elend, dass die Vornahme einer Coeliotomie in Frage kam; doch zweifelte man daran, dass Pat. den Shock einer Operation überstehen könne. Dass dieser Zweifel berechtigt war, bewies der kurz darauf erfolgte Tod der Pat.

2. Fall: Symptome und physicalischer Befund führten zur Diagnose Retroversio Uteri gravidi mit Retentio urinae. Ein Versuch, die hinter der Cervix gelegene Masse in Narcose emporzuschieben, bez. aufzurichten, misslang. Unter längerer Bettruhe trat Besserung ein. Neun Wochen nach der Aufnahme schritt man zur Operation, wobei das Vorhandensein einer Tubenschwangerschaft, die den hinter dem Uterus gelegenen Teil des Beckens einnahm, festgestellt wurde. Zwei Schlüsse ergäben sich daraus: erstens, dass ein Beckentumor ohne characteristischen Befund nicht exspectativ, sondern sobald als möglich operativ zu behandeln sei; zweitens, dass bei einer Tubenschwangerschaft, die vor Ruptur der Tube diagnosticiert werde, das Hinzutreten von Complicationen am besten durch sofortige Operation vermieden werden könne.

Dr. Horrocks ist der Ansicht, dass es besser gewesen wäre, den späterhin ungünstig verlaufenen Fall zu operieren. Er zweifle nicht, dass der Entschluss dazu schwer war. Aber er huldige dem Grundsatz, in zweifelhaften Fällen zum Messer zu greifen; denn der operative Eingriff sei jetzt viel mehr berechtigt, wo wir bessere Hilfsmittel haben, wie z. B. die Kochsalzinfusion bei Collaps, und wo die Asepsis so bedeutend vervollkommnet sei. Er erkundigte sich dann darnach, ob die Todesursache Blutung oder vielleicht Thrombose bez. Embolie gewesen sei. Da der Uterus nur 7.5 cm lang war, hatte er sich — nach der Grösse des Foetus zu urteilen — offenbar entweder nicht in der gewöhnlichen Weise vergrössert, oder aber es hatte nach Absterben des Foetus bis zu einem gewissen Grade eine Involution stattgefunden.

Dr. Drummond Robinson richtete an die Vortragenden die Frage, warum sie in dem vorliegenden Falle an die Möglichkeit einer Beckenbindegewebsentzündung gedacht hätten. Seiner Ansicht nach wies der angegebene physicalische Befund eher auf eine Peritonitis als auf eine Beckenbindegewebsentzündung hin. Er machte auch auf die Thatsache aufmerksam, dass kein Trauma eingewirkt hatte — ein Punct, der gegen Beckenbindegewebsentzündung sprach.

Dr. Maidlow bemerkte, dass der gegebene physicalische Befund auf eine Beckenbauchfell- und nicht auf eine Beckenbindegewebsentzündung hinwies — eine Thatsache, die im Vereine mit den Schwangerschaftszeichen seiner Ansicht nach eine ectopische Schwangerschaft vermuten liess. Ueberdies seien Symptome einer halbwegs ernsten Darmobstruction seiner Erfahrung nach äusserst selten mit Retroversio Uteri gravidi verbunden.

Nach einigen Bemerkungen seitens Dr. Galabin erwiderte Dr. Giles: Auch er billige Dr. Horrocks Grundsatz, dass bei zweifelhaften Fällen operativ vorzugehen sei. Im ersteren Falle habe sich Pat. jedoch in so schlimmer Verfassung befunden, dass man keine Operation mehr wagen konnte. Todesursache war Darmobstruction und Collaps. Er habe die Diagnose auf Beckenbindegewebsentzündung statt auf Peritonitis aus dem Grunde gestellt, weil erstens seinerzeit keine Veranlassung da war, eine Adnexerkrankung anzunehmen, indem seiner Ansicht nach Beckenbauchfellentzündung gewöhnlich im Vereine mit Erkrankung der Tuben vorkomme. Zweitens sprach die brettharte Beschaffenheit mehr für Bindegewebsentzündung als für Peritonitis.

Dr. Lewers, **Ein Fall von primärem Sarcoma corporis Uteri (Deciduoma malignum) bei einer 24jährigen Patientin; vaginale Hysterectomie.**

Pat., 24 Jahre alt, seit einem Jahre verheiratet, glaubt 3 Fehlgeburten (II. Monat, 6. Woche, 3. Woche) gehabt zu haben. Sie kam mit der Angabe, dass sie seit dem ersten angeblichen Abort vor 8 Monaten beständig an Blutungen leide. Bei der Aufnahme dachte man zuerst, es handle sich um einen Abortus incompletus; nach Erweiterung der Cervix aber zeigte sich, dass ein maligner Tumor des Corpus Uteri vorlag. Am 11. Febr. 1897 wurde die vaginale Hysterectomie ausgeführt; Heilung. Bis Ende Mai kein Recidiv. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Sarkom, sehr ähnlich dem sogenannten Deciduoma malignum. Vortr. geht nun näher auf die Frage ein, ob die Pat. überhaupt je schwanger war. Während er die Unmöglichkeit des Beweises, dass sie nie schwanger war, zugibt, hält er es mit Rücksicht auf die immerwährende Unregelmässigkeit der Menstruation für unwahrscheinlich, dass je Conception erfolgte.

Dr. Eden betonte, dass die ganze Theorie des Deciduoma malignum sich auf die Frage eines Zusammenhangs der angegebenen Geschwulst mit Schwangerschaft gründe. Könne nachgewiesen werden, dass die Erkrankung bei einer Frau stattfand, die nie concipierte, so muss die bisherige Ansicht preisgegeben werden; aber nichts sei schwieriger, als Schwangerschaft durch einen wissenschaftlichen Beweis vollständig auszuschliessen, besonders bei Frauen, deren Menstruation unregelmässig sei; ja hier sei es sogar ganz unmöglich. Jedoch sei es sicherlich unbillig zu glauben, dass jedes Weib schwanger gewesen sei, wofern nicht das Gegenteil bewiesen werden könne. Da der directe Nachweis einer Schwangerschaft viel leichter zu erbringen

sei, sei das Verlangen berechtigt, dass der positive Beweis einer Schwangerschaft ein vollgültiger sei. In dem vorliegenden Falle könne seiner Ansicht nach kein begründeter Zweifel herrschen, dass die Frau niemals schwanger war, obwohl nach Lage der Dinge ein absoluter Beweis dafür unmöglich geliefert werden könne. Es existierten zwei andere Fälle von Deciduoma malignum, wo der Nachweis einer Schwangerschaft ebenso wenig erbracht war. Es könne nicht nachdrücklich genug betont werden, dass unregelmässige Blutungen bei Frauen mit einer malignen Erkrankung des Uterus kein Beweis für Abort seien.

Buch-Anzeige.

R. Chrobak. Berichte aus der zweiten Geburtsh.-Gynaekologischen Klinik in Wien. Wien 1897. Alfred Hölder.

Inhalt: Ueber den Unterricht in der Frauenheilkunde von R. Chrobak. — Klinische Beobachtungen über die Wirksamkeit des Antistreptokokkenserums von Marmorek bei Puerperalerkrankungen von Dr. Rudolf Savor, Assistent. — Statistisches über Placenta praevia von Dr. Karl Doranth, Operationszögling — Klinischer Bericht über die Geburten beim engen Becken aus dem Zeitraum 1878–1895 von Dr. H. Ludwig und Dr. R. Savor, Assistenten.

I. Ueber den Unterricht in der Frauenheilkunde von R. Chrobak.

Verfasser giebt an der Hand der historischen Entwicklung des Unterrichts an der II. Wiener Geburtsh.-gynaekologischen Klinik interessante und beherzigenswerthe Vorschläge für den klinischen Unterricht und die dazu nothwendigen Einrichtungen. Es liegt in diesem Berichte eine solche Fülle von tiefer Erfahrung und langen ernsten Beobachtungen, ein solch warmes aufrichtiges Mitgefühl für die Interessen der studierenden Jugend, dass Jeder, besonders aber der mit einer Klinik in engem Zusammenhange steht und gestanden hat, mit reger Antheilnahme den Ausführungen des Verfassers folgen und seine volle Zustimmung dazu geben wird. Es ist schwer, aus der in einem Guss geschriebenen und eins aus dem andern folgernden Arbeit Einzelheiten herauszugreifen, ohne den Gesammteindruck zu zerstören. Deshalb sei hier nur angedeutet, dass die verschiedensten Mängel, die dem jetzigen geburtshülflichen und gynaekologischen Unterricht anhaften, besprochen werden und Verf. thunlichst praktische Vorschläge zur Abhilfe giebt. Verf. geht selbstverständlich auf mangelhafte Einrichtungen in der ihm selbst unterstellten Klinik besonders ein Es sind aber meist dieselben, wie in anderen Kliniken, wenn auch gerade die geburtshülfl.-gynaekologische Abtheilung des Verf. vor anderen Krankenanstalten besonders stiefmütterlich behandelt zu werden scheint.

Verf. fordert vor allem mehr Raum zum Zwecke des Unterrichts; besonders für das gynaekologische Ambulatorium. Es ist so einzurichten, dass auch der Student dasselbe erfolgreich besuchen kann. Ferner fordert er Wohnungen für die Studenten und Volontärärzte in der Klinik selbst (Internat), um bessere Gelegenheit zu geben, die Geburten in ihrem ganzen Verlauf beobachten zu können. Darauf legt Verf. ganz besonderen Werth und er möchte deshalb auch den 24 stündigen Wechsel im Dienste auf dem Gebärsaal umändern. Verf. verlangt endlich mehr „persönlichen Contact" zwischen Lehrer und Studierenden. Er ist deshalb gegen die Anstellung von sogen. Operationszöglingen, welche zwei Semester neben den Assistenten an der Klinik beschäftigt sind. (In Deutschland wohl die Volontärärzte. Ref.) Sie stellten sich zwischen Prof. und Studenten, nähmen den Studenten die Fälle weg und würden als Lehrer benutzt in Sachen, die sie selber erst lernen wollten. Abgesehen davon möchte er diese Einrichtung fallen lassen, weil sich die Betreffenden in der grossen Mehrzahl (von 415 sind es 409) als Spezialisten niederliessen, ohne genügende spezialistische Bildung erreicht zu haben. Hierdurch wird aber das Niveau der Leistungen in unserem Fache wesentlich herabgedrückt.

Diesen Ausführungen folgen dann im Anhang I die näheren Bestimmungen über den Dienst bis in die kleinsten Einzelheiten. Dieselben sind aus-

gezeichnet ausgearbeitet, ob sie aber auch ihren Zweck erreichen? Ref. weiss aus Erfahrung, wie z. B. das gewissenhafte Führen der Geburts- und Krankenberichte als blosser Schreiberdienst angesehen wird, wie Dienstleistungen, wie das Abwaschen und Abspülen der Wöchnerinnen, als unter der Würde eines Arztes betrachtet werden, wie Controle des Dienstpersonals durch Nichtassistenten zu immerwährenden Reibereien führen u. s. w. Jedenfalls müsste die Zahl der Assistenten, wie es Verf. auch fordert, wesentlich vermehrt werden, um Alles genau durchführen zu können. Mit Recht wünscht Verf. für diese eine bessere Stellung, da sie ja den Professor in vielen Dingen einen grossen Theil des Jahres selbstständig ersetzen müssen.

Im Anhang II folgen die Bestimmungen für die Praktikanten, von denen folgende erwähnt sein mögen: „Beschäftigung mit Leichentheilen oder mit Kranken, bei denen die untersuchenden Hände mit jauchenden oder eiterigen Secreten oder sonstigen Infectionsstoffen in Berührung kommen, schliesst das Practiciren am selben und am nächsten Tage aus.“ Die innere Untersuchung darf nur mit besonderer Erlaubniss und in Gegenwart des Assistenten vorgenommen werden. Dagegen ist die äussere Untersuchung unbeschränkt gestattet. Kleinere Hilfeleistungen, wie Dammschutz etc. und leichtere operative Eingriffe dürfen ebenfalls von den schon etwas fortgeschrittenen Praktikanten ausgeführt werden, aber auch nur unter Leitung des Directors oder Assistenten.

In einem dritten Anhang bringt Verf. in Form einer Denkschrift seine Forderungen und Wünsche für Abänderungen und neue Einrichtungen zum Zwecke besserer Ausbildung der Studierenden und Aerzte in der Geburtshülfe und Gynaekologie. Möge dieselbe ihren Zweck erreichen und dem Verfasser den wohlverdienten Erfolg seiner grossen Bemühungen bringen.

II. Klinische Beobachtungen über die Wirksamkeit des Antistreptokokkenserums von Marmorek bei Puerperalerkrankungen. Von Dr. Rudolf Savor, Assistenten des Klinik.

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, die Wirkung des Antistreptokokkenserums Marmorek an 19 Fällen von Puerperalfieber zu erproben. Er giebt von diesen 19 Fällen genaue Krankenberichte, welche besonderen Werth durch Beifügung der Temperatur- und Pulscurven erhalten. Er kommt zu dem Schluss, dass das Serum keinen Einfluss auf den Verlauf der Puerperalerkrankung hat. Eine schädliche Wirkung der Injectionen wurde nicht beobachtet. Zum Schluss sei noch darauf aufmerksam gemacht, dass durch Culturverfahren das Vorhandensein von Streptokokken stets nachgewiesen wurde.

III. Statistisches über Placenta praevia. Von Dr. Karl Doranth, Operationszögling der Klinik.

216 Fälle von Placenta praevia unter 30 796 klinischen Geburten der letzten 11 Jahre. Die Häufigkeit der Placenta praevia stellt sich auf 0,7 pCt., d. h. es kommt 1 Fall auf 143 Geburten. Sie steigt mit der Zahl der vorhergegangenen Geburten. Die Berechnung der Zeit, in welcher die Geburt eintrat, ergiebt, dass 14,4 pCt. Fehlgeburten waren (als Grenze der Fehlgeburt das Ende des VII. Mon. angenommen) 53.5 pCt. Frühgeburten (dieselbe von Anfang des VIII. Mon. bis Mitte des X. Mon. gerechnet) und 32,1 pCt. reife Geburten. Die Blutungen begannen im Allgemeinen vom VI. Monat an und traten am häufigsten in den letzen drei Monaten ein. In der grössten Mehrzahl (3/4 der Fälle) bestanden andauernde Blutungen erst in den letzten drei Tagen vor der Geburt. Der frühe Beginn der Blutungen, ebenso wie die Stärke derselben steigt mit der Tiefe des Placentarsitzes, ist demnach bei Placenta praevia centralis am häufigsten. Den Sitz der Placenta betreffend, fanden sich 26 pCt. Placenta praevia centralis, 59.1 pCt. lateralis und 14,9 pCt. waren tief sitzende Placenten. Unter Placenta praevia centralis wurden alle Fälle verstanden, in welchen der innere Muttermund zur Zeit des operativen Eingriffs vollständig mit Placentargewebe bedeckt war, unabhängig von der Weite des Muttermundes. Von Fruchtlagen wurden 62,6 pCt. Kopflagen, 14 pCt. Beckenendlagen, 20.3 pCt. Quer- und Schräglagen beobachtet. Die fehlenden waren unbestimmte Lagen. Die Häufigkeit des Vorfalls der Nabelschnur und der Extremitäten wird auch in dieser Statistik hervorge-

hoben. Von den Geburten wurden 81,4 pCt. operativ beendet, 18,6 pCt. erfolgten spontan, darunter sind alle Fälle von Tamponade der Cervix oder Vagina und von Sprengung der Blase mit eingerechnet.

Die spontanen Geburten ergaben für die Mütter (0 pCt. Mortalität) und Kinder (36,1 pCt. Mortalität) die besten Erfolge. Nach operativen Eingriffen ergab sich eine Sterblichkeitszahl der Mütter von 11,4 pCt., der Kinder von 83.5 pCt. Weitaus am häufigsten wurde die Wendung gemacht. Die sich sofort daran anschliessende Extraction ergab für die Kinder günstigere Aussichten (36,7 pCt. gegen 24,5 pCt. lebend Entlassene nach Abwarten) dagegen waren die schweren Atonieen danach häufiger (14,9 pCt. gegen 9,8 pCt.), während die Mortalität der Mütter fast gleich ist (bei sofortiger Extraction etwas geringer). — Die Ausstossung der Placenta geschah in 83,2 pCt. spontan, in 5,6 pCt. durch Credé'schen Handgriff, in 11,1 pCt. durch manuelle Lösung. In 12,5 pCt. der Fälle musste Uterus und Vagina tamponiert werden. In einem Falle. in dem ausserdem ein Cervixriss entstanden war, wurde wegen unstillbarer Blutung die Totalexstirpation (Dauer 8 Min.) ausgeführt. Tod 1½ Stunde post operat. — Was den Ausgang für die Mütter betrifft, so machten 69,4 pCt. ein fieberloses Wochenbett durch. Infolge puerperaler Erkrankungen fieberten 13,9 pCt. Gestorben sind 9.3 pCt., davon 3.2 pCt. an Sepsis. Auf die 40 Fälle von Spontangeburten kam kein einziger Todesfall. In drei Fällen ergaben sich bedeutende Verletzungen des Uterus bez. Cervix und Vagina, alle drei durch innere Wendung entstanden, nur in einem Falle war sofort extrahiert worden. Die Sterblichkeit der Kinder steigt mit dem tiefen Sitz der Placenta, ist also bei Placenta praevia centralis am grössten Auch bei den spontan geborenen Kindern beträgt die Sterblichkeit noch 56,1 pCt., während sie im Ganzen 70.3 pCt. ausmachte. Zum Schluss der fleissigen Arbeit sind die Krankengeschichten über sämmtliche Fälle in kurzem Auszuge mitgetheilt.

IV. Klinischer Bericht über die Geburten beim engen Becken aus dem Zeitraume 1878—1895. Von Dr. Heinrich Ludwig und Dr. Rudolf Savor, Assistenten der Klinik.

Es ist zwar zum Schluss dieser ebenso werthvollen, als mühsamen Arbeit ein zusammenfassender Ueberblick über die Ergebnisse der statistischen Zusammenstellungen gegeben, trotzdem möchte Ref. Jeden, der sich mit geburtshülflichen Fragen beschäftigt, auf die zahlreichen wichtigen Einzelheiten, welche in der eigentlichen Arbeit zerstreut sind, aufmerksam machen und das Studium des ganzen Werkes dringend anempfehlen. Es zeigt eine solche Fülle verschiedener Gesichtspunkte, unter welchen das grosse geburtshülfliche Material bearbeitet worden ist, dass kaum Jemand einen Punkt finden wird, den er nicht auf Grund tabellarischer Aufstellungen und statistischer Zusammenstellungen besprochen fände. Der Werth wird ausserdem noch dadurch erhöht, dass überall die Ergebnisse mit denen anderer grosser Statistiken, besonders der Dresdener Klinik von Leopold und der Berliner von Winter verglichen werden.

Das Wichtigste sei in Kürze hier wiedergegeben:

Die Arbeit umfasst den Bericht über die Geburten bei engem Becken vom 1. Januar 1878 bis 1. October 1895. Es handelt sich um 50 621 Geburtsfälle mit 1297 engen Becken. Es sei von vornherein bemerkt, dass Verf. 2 Perioden annehmen, deren Grenzpunkt der 1. October 1889 ist. Von da ab wurde eine genauere Protokollführung und eine systematische Beckenmessung eingeführt, nach Uebernahme der Klinik durch den jetzigen verdienstvollen Leiter derselben. Nach der 2. Periode gerechnet ergiebt sich eine Procentzahl enger Becken von 3,83 pCt. Zu den engen Becken sind alle gerechnet, deren kleinster Durchmesser 9,5 cm und weniger beträgt, ferner alle im Beckenausgang und durch Tumoren verengte. Von den seltneren Formen sind ein Robert'sches, ein spondylolisthetisches und zwei rhachitisch pseudo-osteomalacische Becken erwähnt.

Spontan verliefen von den 1297 Fällen von engen Becken 54,6 pCt. Beim einfach platten und allgemein gleichmässig verengten 63,5 pCt., beim rhachitisch platten 45,1 pCt., beim allgemein verengten platten 39,4 pCt. Bei einer Conj. vera von 9,5 cm kamen 75,6 pCt., bei einer Conj. vera von 7,5 cm noch 15 pCt. ohne Kunsthülfe nieder, davon waren 70 pCt. Erst-

gebärende. 60 pCt. Zweitgebärende. 47 pCt. Drittgebärende und so regelmässig abfallend bis zu den Sechsgebärenden. 90.6 pCt. der spontan geborenen Kinder wurden lebend entlassen. Von den Müttern erkrankten 6,7 pCt. puerperal, 0.6 pCt. starben. In der 2. Periode vom 1. October 1889 an waren 7,4 pCt. Puerperalkranke und kein Todesfall zu verzeichnen.

An erster Stelle möchte Ref. das Eingehen auf den Einfluss der Fruchtblase auf den Verlauf der Geburten beim engen Becken und das Hervorheben der Wichtigkeit derselben für einen günstigen Ausgang der Geburten, besonders für die Kinder, erwähnen. Das Urtheil lautet so: „Nach vorzeitigem Blasensprung erhöht sich die Anzahl der operativen Geburten." Er bewirkt „eine Verlängerung der Geburtsdauer und hat einen ungünstigen Einfluss auf das Leben der Kinder". Vorzeitiger Blasensprung erfolgte beim einfach und rhachitisch platten Becken in 19.6 pCt., beim allgemein verengt platten in 26.2 pCt., beim allgemein gleichmässig verengten in 14.6 pCt. der Fälle. Auf die Mittel zur Verhütung desselben konnte leider nicht näher eingegangen werden.

Vorfall kleiner Theile und der Nabelschnur neben dem Kopfe kam in 10,2 pCt. der Fälle von engem Becken vor, weit überwiegend bei den platten Beckenformen. Bei pulsierender Nabelschnur wurde die Wendung gemacht, wenn ein grösseres Convolut vorgefallen war, die Pulsation sich als schlecht erwies und der Muttermund verstrichen war. Sonst erst Repositionsversuch. Nach Zurückbringen der Nabelschnur (10 Fälle) wurden 40 pCt. der Kinder lebend entlassen.

„Manuelle Correctur bei Deflexionslagen" wurde bezeichnender Weise nur einmal, bei Stirnlage, ausgeführt, die einzige Deflexionslage, bei der Verf. diese Operation gestatten. Im Uebrigen verhalten sie sich ablehnend gegen diesen Eingriff. Bei Gesichtslage hat der spontane Verlauf auch beim engen Becken keine wesentlich ungünstigeren Erfolge für die Kinder. (19 Fälle. 11 Spontan. 13 lebende Kinder.)

Vor Besprechung der entbindenden Operationen mögen noch folgende Berechnungsergebnisse Platz finden: Von den Kindeslagen waren 86,2 pCt. regelrechte Schädellagen. Unter den übrigen 13.8 pCt. fanden sich 35.9 pCt. Querlagen, 32.6 pCt. Beckenendlagen, 10.7 pCt. Gesichtslagen, 5.6 pCt. Stirnlagen. Vorderscheitelbeineinstellungen 8.9 pCt., Hinterscheitelbeineinstellungen 6,2 pCt. Die Gesichtslagen gaben, wie schon erwähnt, eine verhältnissmässig gute Voraussage. Schlechter waren die Aussichten für Stirnlage (von 9 nur 2 ohne Kunsthülfe), am ungünstigsten erwies sich die Hinterscheitelbeineinstellung.

Operativ eingegriffen wurde bei 591 Geburten = 45,6 pCt. Von 73.3 pCt. ausgetragenen Kindern wurden 44.6 pCt. lebend entlassen, von den „Frühgeburten im 9. Lunarmonat" 53,4 pCt. In der für die Berechnung massgebenden zweiten Periode betrug die puerperale Erkrankung 16,7 pCt., die Sterblichkeit 2,2 pCt.

Die Wendung. Ein grosser Abschnitt ist der Wendung gewidmet. Dies kommt daher, dass in dankenswerther Weise auf die wichtige Frage über den Werth der prophylaktischen Wendung genauer und gründlich eingegangen worden ist. Verfasser kommen zu folgendem Schluss: „Wir schliessen aus diesen Erwägungen die volle Berechtigung des an unserer Klinik geübten conservativen Verhaltens bei Geburten, welche durch Beckenenge allein complicirt sind, gegenüber der systematischen Ausführung der prophylaktischen Wendung." „Bei jedem nicht absolut verengten Becken, das zu Ende der Schwangerschaft zur Behandlung kommt, ist von vornherein exspectativ zu verfahren. Die prophylaktische Wendung ist nur dann zu machen, wenn im Geburtsverlaufe das Missverhältniss als ein so grosses erscheint, dass der Hoffnung auf eine spontane Geburt nicht Raum gegeben werden kann, oder die Anamnese einer Mehrgebärenden zur Wendung auffordert." Ref. möchte an dieser Stelle auf Eins aufmerksam machen. Die Wendung beim engen Becken verläuft um so günstiger, je weniger Zeit nach dem Blasensprung verflossen ist, am günstigsten bei stehender Blase und vollständig eröffnetem Muttermund. Wie lange soll nun die Beobachtung des Geburtsverlaufs dauern, um bestimmen zu können, ob das Missverhältniss zwischen Kopf und Becken zu gross ist? Bei Mehr-

gebärenden, und nur um diese soll es sich mit Recht bei der prophylaktischen Wendung handeln, dürfte man die günstige Einstellung des Kopfes in den meisten Fällen wohl erst nach dem Blasensprunge zu beurtheilen vermögen. Wie lange Zeit darf man nun mit der Wendung nach dem Blasensprunge warten? Oder kann man das Missverhältniss zwischen Kopf und Becken schon im Verlauf der Geburt vor dem Blasensprunge feststellen? In diesen Fragen liegt die Schwierigkeit der Beurtheilung der prophylaktischen Wendung. Uebrigens muss hervorgehoben werden, dass Verf. streng die Extraction von der Wendung scheiden und den spontanen Austritt der Frucht abwarten. Den grossen Vortheil der Walcher'schen Hängelage erkennen auch Verf. voll und ganz an. Die Wendung wurde in 10.6 pCt. der engen Becken ausgeführt, am häufigsten beim rhachitisch platten Becken, am seltensten (viermal weniger) beim allgemein gleichmässig verengten. Im Ganzen waren es 137 Wendungen, 45 aus Querlage mit 46,7 pCt., 88 aus Kopflage mit 50 pCt. lebend entlassenen Kindern und vier äussere Wendungen. Rein prophylaktische Wendungen wurden 19 ausgeführt und zwar beim einfach platten Becken 7 mit 42,9 pCt., beim rhachitisch platten Becken 9 mit 44,4 pCt. und beim allgemein verengt platten Becken 3 mit 66,4 pCt. lebend entlassenen Kindern. Beim allgemein gleichmässig verengten Becken ist keine verzeichnet. Die puerperalen Erkrankungen machten 10,3 pCt. aus. Sterblichkeit = 0 pCt.

Die künstliche Frühgeburt. Sie betraf 4,9 pCt. der engen Becken. In den meisten Fällen wurde die Geburt eingeleitet durch Einlegen einer elastischen Bougie (41 mal unter 49 Fällen), selten und dann nur bei Mehrgebärenden durch künstlichen Blasensprung. Die Methode des Einlegens einer Bougie wurde vor den anderen vorgezogen wegen Erhaltung der Fruchtblase. 60 pCt. der Geburten erfolgten ohne Kunsthülfe. Von diesen wurden 80 pCt. der Kinder lebend entlassen. Sämmtliche Fälle von künstlichen Frühgeburten ergaben 3,1 pCt. lebend entlassene Kinder. Das Gesammtergebniss ist ungünstiger als das anderer Statistiken. Verf. führen dies darauf zurück, dass die Operation bei ihnen überhaupt seltener ausgeführt wurde, als an anderen Kliniken, ferner, dass nur 54 pCt. der Fälle „der Forderung entsprachen, dass die Frühgeburt zwischen der 32 nnd 36. Woche eingeleitet werden soll." Auch sie beklagen die Unzulänglichkeit der Methoden zur Bestimmung der richtigen Zeit. Die günstigsten Erfolge waren bei den Verengerungsgraden von 7,5—8,5 cm zu verzeichnen. Bei Erstgebärenden wurde nur ganz selten zur Einleitung der Frühgeburt geschritten, man verliess sich auch hier auf die Naturkräfte. Was den Ausgang für die Mutter betrifft, so ergaben sich (in der 2. Periode) 12,3 pCt. fieberhafte Wochenbetten und kein Todesfall. Auch bei den Fällen von künstlicher Frühgeburt wegen engen Beckens stehen Verf. auf Grund ihrer statistischen Zusammenstellungen auf dem Standpunkte, dass die spontane Geburt bezw. die Vollendung durch typischen Forceps erstrebt werden muss und kann. Künstlicher Abort wurde nur einmal ausgeführt. Verf. halten die Unterbrechung der Schwangerschaft in den ersten Monaten bei absoluter Beckenenge für berechtigt.

Die Zange. Verf. halten die Zange für ein „nur in seltenen Fällen zur Behandlung der Geburt bei engem Becken geeignetes" Instrument. Ihr Standpunkt wird am besten dadurch gekennzeichnet, dass sie die Gründe angeben zu müssen glauben, warum sie die Zangenoperation beim engen Becken überhaupt mit abhandeln. „Die Zange kam 170 mal in Anwendung, d. i. einmal auf 291.8 Geburten oder einmal auf 7,6 enge Becken." 77,1 pCt. der Kinder wurden danach lebend entlassen, dagegen machten von den Müttern 26,5 pCt. ein fieberhaftes Wochenbett durch und 2,9 pCt. (in der 2. Periode 1,7 pCt.) starben, ein Erfolg für die Mütter, wie er ungünstiger nur noch bei den Fällen von Symphyseotomie verzeichnet werden konnte. Berücksichtigt man noch die grosse Zahl der Zerreissungen mit ihren erst später bemerkbaren Folgen, so dürfte das Urtheil der Verf. über diese Operation nicht übertrieben sein. Wenn die Statistik von Braun-Herzfeld ein weit günstigeres Ergebniss aufweist, so ändert dies an diesem Urtheil nichts, denn mit Recht erklären die Verfasser die besseren Erfolge daraus, dass dort die Zangenoperation 3 mal so oft ausgeführt wurde, zu Ungunsten der spontanen

Geburten, deren Häufigkeit bei jenen nur 36 pCt. gegen 54,6 pCt. der Verf. beträgt.

Die atypische Zange d. h. die „Zange, bei noch nicht in das Becken eingetretenem Schädel", aber bei erfüllten übrigen Bedingungen wurde immerhin in 22 Fällen = 1,7 pCt. der Geburten bei engem Becken vorgenommen, seit dem 1. October 1889 sinkt allerdings die Zahl bedeutend. 18 mal gab die Anzeige dafür die Lebensgefahr der Frucht (aber wohl meist bei Unmöglichkeit der Wendung und Extraction? Ref.) Zwei Drittel der Becken waren unter 9 cm verengt. Zwar konnten 68,2 pCt. der Kinder lebend entlassen werden, aber 40,9 pCt. der Mütter fieberten, 2 = 9,1 pCt. starben, davon eine an Smphysenruptur.

Die Morbidität und die Mortalität der Mütter sowohl wie der Kinder sinkt sofort bedeutend, wenn der Kopf fest eingetreten ist, d. h. bei der typischen Zange, zu welcher Verf. auch die Zange hoch im Becken (die von anderen Autoren als „hohe Zange" bezeichnet wird. Ref.) und die Zange aus Beckenmitte rechnen. Es wurden 148 typische Zangen beim engen Becken ausgeführt = 11,4 pCt., davon 37 am hochstehenden aber fest ins Becken getretenen Schädel mit 32,4 pCt. fiebernden Müttern, 2,7 pCt. Todesfällen und 78,4 pCt. lebenden Kindern. 90 Fälle waren Beckenausgangszangen. Im Ganzen wurden nach typischer Zange 78,3 Kinder lebend entlassen, 24,3 pCt. der Mütter fieberten, 2,02 pCt. starben.

Kraniotomie. 175 Fälle. 55 mal (31,4 pCt) am lebenden Kinde, davon 45 mal wegen drohender Uterusruptur. 120 mal bei abgestorbener Frucht, darunter 21 am nachfolgenden Kopfe. In der 2. Periode betrug die Anstaltsmorbidität 11,5 pCt., die Mortalität 0 pCt. In 77,3 pCt. der Fälle war das Leben der Mutter bedroht. Wir sehen, dass auch Verf. das Leben und die Gesundheit der Mutter voranstellen und nicht zögern, wenn es die Erhaltung der Mutter gilt, das Leben des Kindes für diese und nach des Ref. Meinung auch für die ganze betreffende Familie zu opfern. Auf der anderen Seite wurde auch beim toten Kinde nur unter strenger Indicationsstellung, wenn sich die sofortige Beendigung der Geburt von Seiten der Mutter als nothwendig erwies, die Kraniotomie ausgeführt, andernfalls die spontane Geburt abgewartet.

Decapitation. 12 Fälle. Wegen verschleppter Querlage. Trotz der für die Mütter doch durchgehend ungünstigen Geburten fieberten nur 18,2 pCt. der Entbundenen und war kein Todesfall zu beklagen.

Symphyseotomie. 5 Fälle. Nur im Jahre 1893 ausgeführt. 80 pCt. der Kinder wurden lebend entlassen. Von den Müttern machten 4 ein fieberhaftes Wochenbett durch, 1 starb an Anaemie und Sepsis. Die Stellung der Chrobak'schen Schule zur Symphyseotomie hat sich seit dem Breslauer Congress nicht geändert. Diese Operation wird zu Gunsten der künstlichen Frühgeburt, der relativen Sectio caesarea und der Kraniotomie verworfen. Ihr Standpunkt ist in folgendem Satze ausgedrückt: „Da nun an unserer Klinik der Grundsatz besteht, dass bei der Nothwendigkeit schwererer operativer Eingriffe immer jener Eingriff zu wählen ist, der für die Mutter der weniger gefährliche ist und da ferner die Symphyseotomie nach grösseren Statistiken nur $^4/_5$ der Kinder rettet, indess 11,1 pCt. der Mütter zum Opfer fallen, so entschlossen wir uns bei Erstgebärenden eher zur Kraniotomie am lebenden Kinde, bei Mehrgebärenden zur Sectio caesarea conservativa aus relativer Indication."

Sectio caesarea. 34 Fälle. 14 conservative, 20 nach Porro. Von den ersteren alle Kinder lebend und alle, ausser einem, lebend entlassen. Von den Müttern fieberten 6, eine starb, kam allerdings fiebernd in die Anstalt. Von den 20 Fällen nach Porro wurden alle vor der Entbindung lebende Kinder lebend entlassen, 35 pCt. der Mütter fieberten, 4 = 20 pCt. starben. 15 mal wurde diese Operation bei osteomalacischen Becken ausgeführt.

Sämmtliche 1297 Geburtsgeschichten sind am Ende der Arbeit nach den einzelnen Beckenformen geordnet, in den Hauptpunkten, welche die Zahl der Geburt, Alter, Verlauf früherer Geburten, Conj. vera, Geburtsdauer, Geburtsverlauf, Ausgang für Mutter und Kind und Grösse und Gewicht nebst Kopfmassen des Kindes betreffen, beigegeben.

Wie schon beim Durchlesen der Arbeit als leuchtender Grundgedanke überall der Grundsatz hervortritt, auch beim engen Becken möglichst lange auf einen spontanen Verlauf der Geburt zu hoffen, so sprechen Verf. zum Schluss noch einmal ihr geburtshülfliches Glaubensbekenntniss zusammenfassend in folgenden Worten aus: „Es wurde bei der Behandlung des engen Beckens der Grundsatz befolgt, möglichst lange den Naturkräften zu vertrauen. Demgemäss ist auch unsere Haltung gegenüber der principiellen prophylaktischen Wendung bei den geringeren Graden von Beckenenge, ferner gegenüber der Anwendung der atypischen Zange, endlich gegenüber der künstlichen Frühgeburt bei Erstgebärenden, wo uns eine Beurtheilung der Leistungstähigkeit des Uterus noch mangelt, eine sehr reservirte. Die Richtigkeit dieses Verhaltens findet seine Stütze in den durch die Spontangeburt bezüglich der Mutter und Kinder erzielten guten Resultate."

Gewiss werden alle diesen „I. Band der Berichte aus der II. Geburtsh.-gynaekolischen Klinik in Wien" mit Freuden begrüssen, mancher wird ihn schon erwartet haben. Er reiht sich den Berichten aus anderen grossen Kliniken würdig an. Wenn auch der Herausgeber in der Einleitung bemerkt, dass der Leiter der betreffenden Anstalt und seine engeren Schüler das meiste von dem Berichte profitieren, so weiss doch Jeder, der das Glück hatte an derartigen Arbeiten mitzuhelfen, mit welcher Freude und mit welchem Interesse ein solcher neuer Bericht aufgenommen wird, nicht der statistischen Zahlenergebnisse wegen, ob sie einige Procente besser oder schlechter sind, sondern wegen der Auffassungen und Schlüsse, welche an diese Zahlen geknüpft werden. Die Anerkennung ist aber um so grösser, wenn ein Bericht so objectiv und ohne Deutelei der statistischen Werthe gegeben wird, wie der vorliegende. Möge diesem I. Band in nicht allzulangem Zwischenraume ein zweiter folgen, der uns vielleicht auch über die Leistungen der Chrobak'schen Klinik auf gynaekologischem Gebiete gleich werthvolle Anschauungen bietet.

P. F. Rosenthal-Leipzig.

Tagesnachrichten und Notizen.

Personalien.

Mit der Frage der **„Fürsorge für Wöchnerinnen"** beschäftigte sich der „Deutsche Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit" auf seiner im September in Kiel abgehaltenen Jahresversammlung. Der Referent Dr. Hauser-Donaueschingen betonte, dass die Missstände in der Wochenpflege, wie sie nicht nur in grossen, sondern noch mehr in den kleinen Städten und auf dem Lande zu Tage treten, in erster Linie in Mängeln des Hebeammenwesens (zu geringe Entlohnung, Rekrutirung aus den unteren Ständen etc.) zu suchen seien. Die Hebeammen müssten durch Wochenpflegerinnen und Hauspflegerinnen unterstützt werden, zumal in kleinen Städten und auf dem Lande, wo an Errichtung der von Brennecke gewünschten und für Grossstädte sicherlich sehr werthvollen Heimstätten für Wöchnerinnen aus äusseren Gründen nicht gedacht werden könne.

Der Correfferent Dr. Münsterberg-Berlin unterscheidet für die Fürsorgethätigkeit, die neben die ärztlichen und geburtshilflichen Leistungen der Hebeammen zu treten hat, drei Typen: 1) die Pflege im Falle des normalen Wochenbettes, wenn die Wöchnerin im Hause entbunden wird; 2) die Pflege der erkrankten Wöchnerin im Hause und 3) die Pflege der Wöchnerin in einer Entbindungsstätte, falls der Gesundheitszustand der Wöchnerin Gefahren für die Wöchnerin und das Neugeborene befürchten lassen. Für die Pflege im normalen Wochenbett genügten einfache Frauen aus dem Volke, die mit Kindern umzugehen verstehen, die ehrlich und zuverlässig sind. Im Falle einer Erkrankung der Wöchnerin ist ausserdem eine geschulte Wochenpflegerin heranzuziehen, wenn nicht die Verhältnisse derart liegen, dass die Aufnahme der Wöchnerin in eine Pflegestätte vorzuziehen ist, währenddess sie aber gleichfalls in ihrem Hauswesen zu ersetzen wäre.

Mit Ausnahme von Magdeburg, wo eine städtische Pflegestätte besteht, ist in den meisten Städten die Fürsorge für Wöchnerinnen Gegenstand privater Wohlthätigkeit. Es ist klar, dass diese nur ergänzend wirken kann und dass bei der hervorragenden Bedeutung dieser Frage für die allgemeine Volksgesundheit der Schwerpunkt der Wöchnerinnenpflege in den Händen des Staates und der Gemeinde ruhen müsste.

(Vgl. hierzu den eben erschienenen Aufsatz von Benckiser „Die Wöchnerinnen-Asyle Deutschlands", Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 43.)

Das neubegründete Medicinische Institut für Frauen in St. Petersburg (s. Monatsschrift, Bd. III, S. 81) hat am 15. (27.) September seine Vorlesungen begonnen. Der Rector des Instituts, Wirklicher Staatsrath Professor von Anrep hielt die Eröffnungsrede.

Am 25. September starb 60 Jahre alt an Magenkrebs **Dr. Hjalmar Heiberg**, Professor der pathologischen Anatomie, allgemeinen Pathologie und gerichtlichen Medicin in Christiania. Nicht die hohen Verdienste dieses bedeutenden Mannes, der, selbst ein Schüler v. Recklinghausen's und Stricker's, wie die Mehrzahl seiner ärztlichen Landsleute mit der deutschen Wissenschaft stets in engster Fühlung stand, um die von ihm vertretenen Fächer, um Lehren und Lernen der Medicin in seinem Vaterlande wollen wir hier nachpreisen, sondern dessen in Anerkennung gedenken, was er innerhalb der Gesammtmedicin für unsere Fachwissenschaft geleistet hat.

Aehnlich wie Billroth gehörte Hj. Heiberg zu den Pionieren der bakteriologischen Aera. Als solcher hat er in Leipzig 1873 in seiner deutsch erschienenen Monographie „Die puerperalen und pyämischen Prozesse" als Erster die mikrobische Aetiologie dieser Erkrankungen unter Zugrundelegung der acuten malignen Endocarditis nachgewiesen. In den Abbildungen Hj. Heiberg's lassen sich scharf und deutlich die Streptokokken erkennen, obwohl ihm noch keine specifische Bakterienfärbung zu Gebote stand. Jener zu den Quellen einer Geschichte der Bakteriologie gehörigen Abhandlung hatte er 1872 eine kleinere Arbeit „Ein Fall von Endocarditis ulcerosa puerperalis mit Pilzbildungen im Herzen" in Virchow's Archiv vorausgehen und 1874 eine weitere „Ein Fall von Panophthalmitis puerperalis bedingt durch Mikrokokken" im Centralblatt f. d. med. Wissensch. folgen lassen.

Mit besonderer Vorliebe bearbeitete Hj. Heiberg das weite Gebiet der Tuberkulose und besitzen wir von ihm hierüber drei grössere Abhandlungen: „Die Tuberkulose in ihrer anatomischen Ausbreitung", Leipzig 1882; „Ueber Urogenitaltuberkulose beim Weibe", Klinisk Aarbog, 5. Band 1889 und „Ueber Genitaltuberkulose", Virchow's Festschrift 1891.

Damit wären diejenigen Arbeiten Hj. Heiberg's angeführt, welche unser Fach näher angehen.

Seine letzte von voller Geistesfrische zeugende Arbeit war ein Beitrag zur Festschrift für Axel Key in Stockholm: „Ueber das Wesen der Entzündung mit besonderer Hinsicht auf die chronischen indurativen Entzündungen in Herz, Lungen, Leber und Nieren", Nordiskt med. Archiv, XXX. Band 1897, welche auch vielfache Anknüpfungspunkte an gynäkologische Erkrankungen bietet.

Gestorben am 6. August im Alter von 72 Jahren Dr. Carl Jacob Ask, Professor der Chirurgie und Geburtshülfe an der Universität Lund. Ask ist nicht durch wissenschaftliche Veröffentlichungen besonders hervorgetreten, genoss aber hohes Ansehen als praktischer Chirurg und besonders als Ovariotomist. Ein Schüler von Keith und Spencer Wells war er auch unter den Ersten, welche die moderne Ovariotomie nach Schweden verpflanzten und mit ausgezeichnetem Erfolge übten.

Gestorben Geh. Medicinalrath Prof. Paul Güterbock am 17. Oktober im Alter von 54 Jahren. Ein Schüler von R. Wilms, war er von

einer seltenen allgemeinen ärztlichen Bildung getragen, die ihn in besonderem Maasse befähigte, als Mitglied des Provinzial-Medizinal-Collegiums thätig zu sein. Seine Arbeiten über das Krankenhauswesen und seine Anregungen zur Reform der Reconvalescentenpflege haben dauernden Werth. Als Chirurg wesentlich auf dem Gebiet der Harnwege thätig, zeichnete der Verstorbene sich durch eine grosartige umfassende Litteraturkenntniss aus. Gestützt auf eine überaus vollkommene eigene Bibliothek war er der allzeit bereite Helfer in allen litterarischen Nöthen. Seine Herzensgüte, sein wissenschaftlicher Eifer machten ihn zu einem der beliebtesten Berliner Chirurgen; sein Name bleibt über den Kreis seiner näheren Freunde hinaus in ehrenvollem Andenken.

Der Lehrstuhl der Gynäkologie am Bellevue-Hospital in New-York an Stelle des verstorbenen Lusk ist Dr. Henry C. Coe in New-York übertragen worden.

An Stelle des nach der üblichen 7jährigen Dienstzeit abtretenden Smyly ist Purefoy, bisher am Adelaide-Hospital, Master des Rotunda-Hospitals in Dublin geworden. Purefoy's Stelle wurde im Austausch von Smyly übernommen. Unter des Letzteren Directorium ist das Rotunda-Hospital um einen Neubau für gynäkologische Fälle bereichert worden.

Privatdocent Dr. med. Koblanck ist an Winter's Stelle zum Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik ernannt worden.

Ihrer ältesten Schwester in der grossen Familie der medicinischen Zeitschriften, dem „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“ von Virchow, bringt auch die „Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie“ aus Anlass des Erscheinens des hundertundfünfzigsten Bandes ihre Glückwünsche dar. — Seit seinem Bestehen ist das Archiv die Sammelstelle ernstester, fruchtbarster, wissenschaftlicher Arbeit und Forschung eines halben Jahrhunderts. Seine klassische Grösse beweisen die zahllosen grundlegenden Arbeiten, welche das Archiv der Aerzteschaft aller Kulturstaaten der Welt übermittelt hat. — Die Methode der biologischen Forschung, welche Virchow's wissenschaftliche Grösse zu ihrer so überaus fruchtbaren Entwicklung gereift hat, ist in seinem Archiv zum beständigen Ausdruck gebracht worden.

Wir huldigen dem Herrn Herausgeber als dem Altmeister der medicinisch-wissenschaftlichen deutschen Presse, der er mit dem „Archiv“ Richtung und Bedeutung gegeben.

A. Martin. M. Sänger.

Litteratur-Verzeichniss.

I. Geburtshilfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Camerer, Wilhelm, Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachstums. 2. Ausgabe m. Ergänzungen. 1896. H. Laupp'sche Buchh. Tübingen.

Cosentino, Rendiconto della clinica ostetrico-ginecologica dell'ospedale S. Francesco Saverio. Arch. di Ost. e Gin. No. 9. 1897.

2. Allgemeines.

Brooks, William K., William Harwey as an embryologist. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Vol. VIII. No. s. 77—78. 1897.

Oefele, Geschlechtsverkehr und Geburtshilfe im alten Aegypten. Aerztl. Rundschau. No. 40 1897.

Mommsen, Ernst, Zur Frage der Hebammenreform. Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl. 1897.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Deale, Henry B., Intercurrent infections diseases of pregnancy. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

Eddowes, W. Dowley, Superfœtation in a case of twins: premature. Brit. Med. Jour. No. 1914. 1897.

Jardine, Robert, Superfœtation? Brit. Med. Jour. No. 1916. 1897.

Oetker, Karl, Ein schwerer und verwickelter geburtshilflicher Fall mit günstigem Ausgang. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. No. 19. 1897.

Poroschin, M., Zur Kasuistik der Schwangerschaft und Geburt bei erworbenen Scheidenverengerungen. Centralbl. f. Gyn. No. 40. 1897.

Richmond, Richard, Two cases of puerperal septicæmia treated by anti-streptococcic serum; recovery. The Lancet. No. 3865. 1897.

Steele, Ernest A. T., Serumtherapy in puerperal septicæmia. With a table of cases. Brit. Med. Jour. N. 1918. 1897.

Stewart, Robert W., Toxicity of urine of last month of pregnancy. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

Wenning, W. H., Placenta previa, with special reference to treatment. Buff. Med. Jour. Vol. XXXVII. No. 3. 1897.

4. Geburtshilfliche Operationen. Abortus. Operationen im Wochenbett.

Engel, Gábor, Ueber Decapitation. Ung. Med. Presse. No. 40. 1897.

Jellett, Henry, The use of the forceps in midwifery. Brit. Med. Jour. No. 1916. 1897.

Kirchhoff, M., Kaiserschnitt mit Schnittführung nach Fritsch. Deut. Med. Wochschr. No. 39. 1897.

Marmey, Des lésions adnexielles sont-elles une contre-indication du curettage dans les rétentions placentaires? Thèse de Bordeaux. 1897.

Mercier-Bellevue, Étude comparative de la dystocie du quatrième temps dans les occipito-sacrées et le siège décomplété, mode des fesses. Thèse de Bordeaux. 1887.

Macgregor, G. Scott, Antistreptococcus serum in septic absorption. Brit. Med. Jour. No. 1917. 1897.

5. Ektopische Schwangerschaft.

Mac, Cormac, John Sides D. A case of „extrauterine gestation." Brit. Med. Jour. No. 1918. 1897.

Kokmann, O., Recidivirte Tubargravidität mit normaler Gravidität und Geburt zwischen 1. und 2 Extra-uterin-Gravidität. Centralbl. f. Gyn. No. 40. 1897.

Pagenstecher, G., De los hematomas pelvicos en sus relaciones con los embarazos ectópicos. San Luis Potosi. M. Esquivel y Cia. 1897.

Schwarz, Fr., Ruptur der graviden Tuba im zweiten Monate: Abgang des Foetus durch die Harnblase. Ung. Med. Presse. No. 37. 1897.

Bovée, J. Wesley, Retroperitoneal ectopic pregnancy at full term. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

6. Eklampsie.

Rae, Geo. A., Injection of pilocarpin in puerperal eclampsia. Brit. Med. Jour. No. 1916. 1897.

Potter, William Warren, Puerperal eclampsia: its etiology and treatment. Buff. Med. Jour. Vol. XXXVII. No. 2. 1897.

7. Osteomalacie.

Ferroni, Contributo alla struttura delle ovaie osteomalacichc. Ann. di Ost. e Gin. Num. 9. 1897.

8. Foetus. Neugeborenes. Laktation.

Thorn, W., Vagitus uterinus und erster Athemzug. Samml. klin. Vorträge. N. F. Nr. 189. 1897.

II. Gynäkologie.

9. Bücher. Monographien. Berichte.

Geyl, A., Betrachtungen über die Genese der sogenannten Ovarialdermoide mit Bezug auf ein Vaginalteratom. Samml. klin. Vorträge. N. F. Nr. 190. 1897.

Hacker, Agnes, Ueber abdominale Totalexstirpation des schwangeren myomatösen Uterus. S. Karger. Berlin. 1897.

Strat:, C. H., Die Frauen auf Java. F. Enke. Stuttgart. 1897.

10. Allgemeines.

Chase, Walter B., Surgical shock and hemorrhage, with reference to prevention and treatment. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

Hobbs, A. F., Surgical gynæcology in insanity. Brit. Med. Jour. No. 1917. 1897.

Lusk, William T., Gynæcology at Bellevue hospital. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol. XI. No. 3. 1897.

Lyons, John A., Mental disturbances fellowing plastic operations, with report of cases. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol. XI. No. 3. 1897.

Shaw-Mackenzie, John A, Lacerations of the os uteri, vagina, and perineum in syphilitic women. The Lancet. No. 3864. 1897.

Manders, Horace, The method of Dr. Backer in the cure of tubercle and cancer. Brit. Med. Jour. No. 1917. 1897.

Rohe, George H., The etiological relation of pelvic disease in women to insanity. Brit. Med. Jour. No. 1917. 1897.

Russell, James, The after-effects of surgical procedures on the generative organes of females for the relief of insanity. Brit. Med. Jour. No. 1917. 1897.

Sinclair, W. Japp, An address delivered at the opening of the section of obstetrics and gynæcology. The British Medical Association. 1897. Brit. Med. Jour. No. 1914. 1897.

Wölfler, A., Ueber die Methoden und Erfolge der Wundbehandlung. Prag. Med. Woch. Nr. 35. 1897.

Ziemacki, J., Ueber die Resultate der Behandlung von 20 Fällen bösartiger Neubildungen mittelst Injection von Antistreptococcenserum. St. Petersb. Med. Woch. No. 35. 1897.

11. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Alexander, E., Ueber einen Fall von Pseudohermaphroditismus. Deutsche Med. Woch. No. 38. 1897.

Boije, Doppelte weibliche Harnblase und doppelte Urethra. Mittheil. a. d. gyn. Klinik des Prof. Dr. O. Engström in Helsingfors. B. 1. H. 2. 1897.

Carson, J. C., und *Hrdlicka, F. A.*, An interesting case of pseudohermaphroditismus masculinus completus. Albany Med. Ann. Vol. XVIII. Nr. 10. 1897.

Hanssen, Prolapsus uteri totalis bei einer Neugeborenen. Spina bifida. Münch. Med. Woch. No. 38. 1897.

Jardine, Robert, Menstruation in a newborn infant. Brit. Med. Jour. No. 1915. 1897.

Quensel, U. Om en ny metod att konservera anatomiska preparat med bibehållandet af de naturliga färgerna. Hygiea. No. 9. 1897. (Neue M. z. Cons. v. anat. Präp. mit Beibehaltung ihrer natürlichen Färbung.)

12. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Becker, Zur Kasuistik der Atresia hymenalis. Aerzliche Rundschau. Nr. 40. 1897.

Engström, Otto, Senile Atresie der Vagina. Mittheil. a. d. gyn. Klin. des Prof. Dr. O. Engström in Helsingfors. Bd. 1. Heft 2. 1897.

Ferraresi: I setti trasversali della vagina. Ann. di Ost. e Gin. Num. 9. 1897.

13. Uterus und Operationen an demselben.

Boralevi, Isteropessi e gravidanza. Ann. di Ost. e Gin. Num. 9. 1897.

Chrobak, R., Vaginale Uterusexstirpation bei Carcinom und Schwangerschaft. Centralbl. für Gyn. No. 37. 1897.

Da Costa, John, C., A large polyp with inversion of the uterus in a woman of advanced years. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

Dupuy, La métrite hémorrhagique de la ménopause et de la vieillesse. Thèse de Bordeaux. 1897.

Edebohls, George M., Excessive mobility of the uterus. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol XI. No. 3. 1897.

Emmet, Thomas Addis, When to amputate in preference to the repair of a lacerated cervix by the usual method. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol. XI. No. 3. 1897.

Engström, Otto, Zur Laparomyomotomie während der Schwangerschaft. Mittheil. a. d. gyn. Klinik des Prof. Dr. O. Engström in Helsingfors. B. 1. H. 2. 1897.

Engström, Otto, Exstirpation des Uterus und Resection der Vagina bei totalem Vorfall. Mittheil. a. d. gyn. Klinik des Prof. Dr. O. Engström in Helsingfors. B. 1. H. 2. 1897.

Noto, Due rari casi di fibromi interstiziali emorragici del collo e della porzione dell'istmo corrispondente. Arch. di Ost. e Gin. No. 9. 1897.

Parviainen, Walter, Zur Kenntniss der senilen Veränderungen der Gebärmutter. Mittheil. a. d. gyn. Klinik des Prof. Dr. O. Engström in Helsingfors. B. 1. H. 2. 1897.

Pichevin, R., Pathogénie et traitement des rétrodéviations utérines, à propos du rapport de M. Pozzi au Congrés de Genève. La Sem. Gyn. No. 36. 1897.

Pitha, W., Kasuistischer Beitrag zur posttyphösen Eiterung in Ovarialcysten. Centralbl. für Gyn. No. 37. 1897.

Reynier, Paul, Des ptoses uterines. La Sem. Gyn. No. 38. 1897.

Ries, Emil, Nodular forms of tubal disease. The Journ. of exp. Med. Vol. II. No. 4. 1897.

Robb, Hunter, The conservative treatment of the myomatous uterus. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

Russel, Hester Dill, A case of fibro-cyst of the uterus; abdominal hysterectomy: recovery. Brit. Med. Jour. No. 1916. 1897.

Sava, Un caso d'inversione cronica dell'utero. Arch. di Ost. e Gin. No. 9. 1897.

Segond, Paul, A propos de l'hystérectomie abdominale totale. La Sem. Gyn. Septembre. 1897.

Sippel, A., Zur Ventrofixatio Uteri. Centralbl. für Gyn. No. 39. 1897.

Smith, A. Lapthorn, The results of one hundred and forty-seven operations for retroversion of the uterus. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol. XI. No. 3. 1897.

O'Sullivan, M. U., Notes on a case of pan-hysterectomy. The Lancet. No. 3864. 1897.

Sureau, Du curettage comme traitement palliatif de l'épithélioma du col utérin inopérable. Thèse de Bordeaux. 1897.

Texier, Des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithéliome du col de l'utérus. Thèse de Bordeaux. 1897.

Wardie, Mark, Ventrifixation for prolapsed uterus. Brit. Med. Jour. No. 1916. 1897.

14. Ovarien. Tuben. Ligamente.

Baldy: J. M., A case of varicose vein of the broad ligament. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

Betcke, Ueber einen Fall von Ovarialhernie. Zeitsch. f. prak. Aerzte. No. 19. 1897.

Beuttner, O., Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach Laparotomie. Centralbl. f. Gyn. No. 40. 1897.

Fritsch, H., Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatz. Centralbl. f. Gyn. No. 40. 1897.

Bezon, De la gynécologie conservatrice dans les affections inflammatoires pelviennes. Thèse de Bordeaux. 1897.

Boid, Stanley, On oöphorectomy in the treatment of cancer. Brit. Med. Jour. No. 1918. 1897.

Cohn, Un cas de kist dermoid al ovarului. Rev. de Chir. Tome I. No. 6. 1897.
Da Costa: John, C., Removal of a large dermoid cyst nine weeks after labor. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. a. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.
Féraud, Contribution à l'étude des kystes suppurés de l'ovaire. Thèse de Bordeaux. 1897.
Hoffman, C. S., Ovariotomy in a child thirty-three months old. The. Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.
Lauro, Doppia piosalpingovariectomia. Arch. di Ost. e Gin. No. 9. 1897.
Pagenstecher, G., Un caso de hidrosalpingitis unilateral operado con exito por la celiotomia vaginal anterior. Fernando Camacho. México. 1897.
Séveno. Contribution à l'étude des accidents causés par la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (formes cliniques, diagnostic, traitement). Thèse de Bordeaux. 1897.
Watkins, T. J., Exhibition of unique microscopic sections of papilloma and carcinoma of the tubes, with a review of cases treated by me at St. Luke's hospital during one year. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol. XI. No. 3. 1897.

15. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Belly, Mlle., Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice. Thèse de Bordeaux. 1897.
Da Costa: John, C., Celiotomy during pregnancy. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.
Goldspohn, Albert, Large ventral and umbilical hernia in the adult with three cases of radical cure by an improved technique. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol. XI. No. 3. 1897.
Hawkins, Thomas H., The advantages of vagino-abdominal section. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.
Pagenstecher, G., De las colpotomias simples y de las colpoceliotomias. M. Esquivel y Cia. San Luis Potosi. 1897.
Polk, W M., Report of operations opening the peritonæal cavity; second medical division, Bellevue hospital. The Am. Gyn. a. Obst. Jour. Vol. XI. No. 3. 1897.
Rosenstein, Was leistet die Kolpotomie gegenüber der Laparotomie? Centralbl. für Gyn. No. 38. 1897.
Stanmore, F., Bishop: Cases of abdominal surgery. Brit. Med. Jour. No. 1918. 1897.
Stone, J. S., The surgical technique of operations for pus in the pelvis. The Am. Jour. o. Obst. a. Dis. o. Wom. a. Ch. Vol. XXXVI. No. 237. 1897.

16. Harnorgane. Fisteln.

Crawford, J. M., A case of foreign body in the bladder. Brit. Med. Jour. No. 1916. 1897.
Crookshank, F. Graham, A case of obstructive suppression of urine. The Lancet. No. 3864. 1897.
Lewin, L., und *Goldschmidt, H*, Kurze Mittheilung einer Beobachtung aus dem Gebiet der Nierenpathologie. Deutsche Med. Woch. Nr. 38. 1897.
Page, Frederick, Three cases of nephrolithotomy in which the stons were extracted by an incision through the pelvis of the kidney: no fistula. Brit. Med. Journ. No. 1918. 1897.
Liscia e Passigli, Contributo allo studio delle modificazioni gravidiche urinarie. Ann. di Ost. e Gin. Num. 9. 1897.
Robinson, H. Betham, Successful case of retroperitoneal uretero-lithotomy. Brit. Med. Jour. No. 1915. 1897.

17. Hysterie.

Aldor, Ludwig, Oesophagus-Lähmung auf hysterischer Basis. Ung. Med. Presse. No. 39. 1897.
Bastion, H. Charlton, A clinical lecture on hysterical mutism and other functional speech defects. Delivered at University College Hospital on July 12th, 1897. The Lancet. No. 3865. 1897.

18. Mamma.

Yeats, William, Cancer of the breast treated by injection of alcohol. Brit. Med. Jour. No. 1917. 1897.

20. Technisches. Akiurgie.

Bock, Felix, Zerlegbare Bürste zur Desinfection der Hände. Zeitschr. für Krankenpfl. September. — 1897.

Fritsch, H., Operationstisch. Centralbl. für Gyn. No. 39. 1897.

Jacobsohn, Paul, Ein neuer Krankenbettfahrer. Zeitschr. für Krankenpfl. September. — 1897.

Purchas, F. M., Axis traction forceps. The Lancet. No. 3866. 1897.

Stott, F. W. A., New hernia corset. The Lancet. No. 3864. 1897.

21. Darm.

Ahrendt, Friedrich, Ueber die operative Heilung der Haemorrhoidalknoten. Diss. Julius Abel. Greifswald. 1897.

Beck, Carl. Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Appendicitis in Amerika. Prag. Med. Woch. No. 36. 1896.

Blume, F., Dynamic ileus following operations involving the abdominal cavity, with remarks on adynamic ileus. Buff. Med. Jour. Vol. XXXVII. No. 3. 1897.

Frank. Rudolf, Einige Erfahrungen über die Anwendung des Murphy-Knopfes an Stelle der Darmnaht. Wien. klin. Woch. No. 39. 1897.

Hahn, Eugen, Ueber einige Erfahrungen auf dem Gebiete der Magendarmchirurgie. Deut. Med. Woch. No. 41. 1897.

Hainebach, J., Zwei Fälle von Perigastritis adhaesiva nach Ulcus ventriculi. Deut. Med. Woch. No. 41. 1897.

Hood, Donald W. C., The medical aspects of appendicitis. The Lancet. No. 3864. 1897.

Moynihan, Berkeley G. A., Strangulated hernia in infancy; with a report of a case of inguinal hernia successfully operated upon in a child aged twenty-two days. The Lancet. No. 3865. 1897.

Obrastzow. W., Ueber Enteroptose. Wien. klin. Woch. No. 38. 1897.

René, De l'anus iliaque dans la cure radicale du cancer du rectum. (Procédé de A. Reverdin.) Le Prog. Méd. 3e Sér. VI. No. 40. 1897.

Sonnenburg, E., Beiträge zur Differentialdiagnose der Entzündungen und Tumoren der Ileocoecalgegend mit besonderer Berücksichtigung rechtsseitiger Adnexerkrankungen. Deut. Med. Woch. No. 40. 1897.

22. Narkose. Antiseptica.

Arnd, Ein Beitrag zur Technik der Aethernarcose. Correspondenz-Blatt f. Schw. Aerzte. No. 19. 1897.

Burton, William E., New anaesthetic mask. The Lancet. No. 3865. 1897.

Hunt, G. Bertram, Some remarks on lavage of the stomach in connexion with a fatal case of vomiting while under an anaesthetic. The Lancet. No. 3865. 1897.

Madlener, Ueber Narkosenlähmung. Münch. Med. Woch. No. 37. 1897.

Mörner, K. A. H., Erfarenheter rörande pröfning och bedömande af farmaceutisk etyleter. (Erfahrungen über Prüfung und Beurteilung von pharmaceut. Aethyläther.) Hygiea. No. 9. 1897.

Ruepp, Traugott, Ueber den Desinfectionswerth des Benzins. Correspondenz-Blatt für Schw. Aerzte. No 19. 1897.

Steavenson, A. Paget, Case of carbolic acid poisoning treated with vinegar: recovery. Brit. Med. Jour. No. 1914. 1897.

Whitby, C. J., Chloroform statistics in private practice. — Disappearance of a cardiac murmur. Brit. Med. Jour. No. 1916. 1897.

Wilson, Alexander, The mechanism of death from chloroform. The Lancet. No. 3863. 1897.

Young, Hugh H., Long, the discoverer of anaesthesia. A presentation of his original documents. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Vol. VIII. Nos. 77—78. 1897.

23. Bakteriologie.

Friedrich, P. L., Ueber strahlenpilzähnliche Wuchsformen des Tuberkelbacillus im Thierkörper. Deut. Med. Woch. No. 41. 1897.

Gottstein, Adolf, Die erworbene Immunität bei den Infectionskrankheiten des Menschen. Berliner Klinik. Samml. klin. Vortr. Heft III. 1897.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. A. Martin in Berlin.

Originalarbeiten.

Aus der I. Universitäts-Frauenklinik des Prof. Schauta in Wien.

I.

Ein Fall von Schwangerschaft und Geburt nach abdomineller Myomectomie.

Von

Dr. GUSTAV WOYER,

klinischer Assistent.

In seiner Bearbeitung der abdominellen Myomoperationen in Veit's Handbuch erwähnt Olshausen bei Besprechung der abdominellen Enucleation, dass die Frage, ob ein solcher Uterus noch functionsfähig zurückbleibe, wohl dahin zu entscheiden sei, dass dies ausserordentlich selten der Fall sei und dass von Conception und Geburt nach Myomenucleation nur ganz vereinzelte Beobachtungen vorliegen. Deshalb möchte ich mir erlauben, einen in diese Gruppe gehörigen Fall, der an der Klinik zur Beobachtung kam, zu veröffentlichen.

Die Pat. E. S. war 34 Jahre alt, trat am 20. I. 1897 in unsere Klinik ein und bot folgende Anamnese.

Mit Ausnahme einer Attaque von Malaria, die sie in ihrem 17. Lebensjahre durchmachte, war sie stets gesund.

Die Menses traten mit 14 Jahren auf, waren regelmässig und vierwöchentlichen Typus einhaltend, von 3—6tägiger Dauer.

Im Jahre 1882 bemerkte die Frau das Auftreten einer Geschwulst im Unterleibe, die rasch grösser wurde und derentwegen sie im Jahre 1884 von dem verstorbenen Prof. Bandl in einer Privatheilanstalt operirt wurde. Aus dem mir freundlichst zur Verfügung gestellten Protokolle war zu entnehmen, dass es sich um die Entfernung eines $6^3/_4$ kg schweren Myoms des Uterus handelte, und dass die Operation nach $2^1/_2$stündiger Dauer unter Anwendung extraperitonealer Stielversorgung und elastischer Ligatur beendet wurde. Ob es sich um eine Enucleation oder um die Abtragung eines gestielten subserösen Tumors gehandelt hat, ist aus dem Protokolle nicht zu entnehmen gewesen.

Nach siebenwöchentlicher Nachbehandlung verliess die Frau das Sanatorium. Die Menstruation trat post operationem im selben Typus wie früher auf, nur bemerkte Pat., dass sich aus einer kleinen zurückgebliebenen Fistelöffnung während der Menses stets einige Tropfen Blutes entleerten. Da sie aber sonst vollkommen wohl war, unterzog sie sich keiner weiteren Behandlung.

Im März 1896 soll die Frau im zweiten Lunarmonate — die Menses waren nur durch acht Wochen ausgeblieben — abortirt haben; nach diesem Abortus blutete sie durch sechs Wochen, auch durch die Fistelöffnung gingen einige Tropfen Blutes ab. Ein consultirter Arzt behandelte die Blutung medicamentös.

Mitte August hatte die Frau nun wieder ihre letzte regelmässige Periode. Seither bemerkte sie eine gleichmässige Volumenzunahme des Leibes und hielt sich für schwanger. Es traten auch im Januar die Kindesbewegungen zum ersten Male auf. Bis dahin fühlte sie sich vollkommen wohl.

Am 11. und 12. Januar erfolgte nun plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, je eine mehr als zehn Minuten dauernde profuse Blutung aus der Fistel. Der Blutverlust soll ziemlich bedeutend gewesen sein. Ein zu Rathe gezogener Arzt sandte die Frau in die Klinik.

Am 19. I. 1897 wurde beim Eintritte folgender Status aufgenommen: „Keine wesentliche Anaemie; Herz und Lungen normalen Befund bietend. Abdomen im Unterbauche flach vorgewölbt. Von der Symphyse bis zwei Querfinger unterhalb des Nabels zieht eine etwa daumenbreite, im oberen Antheile strahlig verzogene Narbe. Fast am oberen Ende dieser Narbe sitzt eine mit einer Borke belegte Fistelöffnung, durch die man mit der Uterussonde auf deren ganze Länge eindringen kann, bei welcher Manipulation eine geringe Blutung erfolgt.

Der Uterustumor, der die teigig-weiche Consistenz eines schwangeren Uterus darbietet, steht bis zwei Querfinger unterhalb des Proc. xyph., ist stark sinistroponirt und zeigt zeitweise deutliche Contractionen. Die Untersuchung ergab, dass sich die Frucht in I. Querlage, 2. Position befand. Herztöne waren deutlich hörbar.

Die Portio erweist sich als plump, conisch, median stehend. Der äussere Muttermund ist geschlossen.

Bei fortwährend beobachteter Bettruhe konnte während des nun erfolgenden ersten Aufenthaltes der Pat. in der Klinik eine Blutung nicht wahrgenommen werden. Die Frau fühlte sich vollkommen wohl und verliess am 27. I. die Klinik auf ihren Wunsch, angewiesen, sobald irgendwelche Symptome aufträten, oder am normalen Schwangerschaftsende die Klinik wieder aufzusuchen.

Am 6. III. trat die Frau wieder in die Klinik ein. In der Zwischenzeit sollen vereinzelte leichtere Blutabgänge von kurzer Dauer eingetreten sein. Am 6. III. stellte sich jedoch unter gleichzeitig auftretenden ziehenden Schmerzen im Leibe wieder eine bedeutende Blutung aus der Fistel ein, weshalb die Frau vom Arzte sofort in die Klinik gesandt wurde. Sie nahm gegen die Blutung ihr seinerzeit verschriebene Tropfen (Hydrastis), obwohl der Arzt ihr untersagt hatte, während der Schwangerschaft diese Tropfen weiter zu benützen. Nach dem Einnehmen derselben spürte sie stärkere Kreuzschmerzen und Schmerzen im Unterbauche, die sie für beginnende Wehenthätigkeit hielt.

Beim Eintritt in die Klinik am 6. III. konnte an der Pat. folgender Befund aufgenommen werden:

Allgemeinstatus wie oben: höhergradige Anaemie, sichtbare Schleimhäute blass. Haemoglobingehalt nach Fleischl 45 pCt.

Das Abdomen, namentlich linkerseits, bedeutend vorgewölbt; die früher kaum für die Sonde durchgängig gewesene Fistelöffnung zeigt jetzt eine Grösse von einem Heller, und es entleert sich aus ihr etwas blutig tingirte seröse Flüssigkeit.

Der Uterustumor selbst ist sehr stark sinistrovertirt, reicht nach aufwärts bis zum Rippenbogen. Kopf auf den rechten Darmbeinteller abgewichen, Steiss links, Herztöne links. Innerer Befund unverändert.

Unter andauernder Bettruhe und Application eines Compressivverbandes verlief ohne wesentliche Blutungen der März bis zum 25., an welchem Tage plötzlich eine sehr abundante Blutung im Anschluss an einen Hustenstoss erfolgte, die nur mit Mühe zum Stillstand gebracht werden konnte. Von da ab bis zum 6. IV. veränderte sich der Zustand nicht.

Um 8 Uhr Morgens bemerkte Pat., dass bei gleichzeitigem Auftreten von Kreuzschmerzen eine grosse Menge farbloser Flüssigkeit sich aus der Fistelöffnung ergoss, sodass Verband, Hemd und Bett stark durchnässt wurden. Man sieht, dass ein eigenthümlich, wie nekrotisch aussehender

Gewebsfetzen in der Fistelöffnung vorliegt, der beim Ausfliessen der Flüssigkeit ventilartig gehoben wird. Sehr deutlich lässt sich wahrnehmen, dass bei stärkeren Bewegungen der Frucht die Flüssigkeit in grösser Menge aus der Fistelöffnung sich entleert.

Der innere Befund ist unverändert, doch sind deutliche Uteruscontractionen von Zeit zu Zeit zu constatiren. Keine Blutung. Compressivverband mit Holzwollkissen.

Am 7. IV. derselbe Befund; der Schädel des Kindes median eingestellt. Von Zeit zu Zeit Kreuzschmerzen. Mm. grübchenformig, leichte Wehenthätigkeit.

Um 10 h Abends geht durch die Fistelöffnung Meconium ab. Herztöne des Kindes gut.

Am 8. IV. 3 h Morgens setzt rhythmische schmerzhafte Wehenthätigkeit ein, gleichzeitig erfolgt eine geringe Blutung aus der Fistelöffnung. Die Frau wird auf das Kreiszimmer gebracht.

Bei der inneren Untersuchung constatirt man den Muttermund für bequem einen Finger durchgängig, den Kopf im Beckeneingang beweglich.

Um 9 h Morgens ist die Fistelöffnung bequem für den Finger durchgängig geworden, man gelangt in die Uterushöhle, tastet nach links einen Fuss, rechts den Steiss und nach rechts und vorne in der Nähe der Fistelöffnung die Placenta. Beim Zurückziehen des Fingers quellen die Eihäute durch die Fistelöffnung hervor. Keine Blutung.

Unter kräftiger Wehenthätigkeit erweitern sich im Laufe des Vormittags die weichen Geburtswege, um 11 h tritt jedoch wieder eine Blutung aus der Fistelöffnung auf, auch gehen grössere Mengen Meconiums durch dieselbe ab; die kindlichen Herztöne werden unregelmässig.

Um 2¾ h N. M. erfolgt unter kräftiger Wehenthätigkeit in Vorderscheitellage unter Rotation des Vorderhauptes nach vorne die spontane Geburt. Während des Austrittes des Kopfes, wobei die Frau kräftig mitpresste, liess sich an der Narbe und Fistel nichts Abnormes constatiren. Nach dem Austritte der Frucht contrahirt sich der Uterus gut, die Narbe erschlafft und legt sich in radiären Falten um die Fistelöffnung. Trotz guter Contraction bleibt der Fundus uteri hochstehend, drei Finger breit oberhalb des Nabels, die Fistelöffnung einen Finger breit unterhalb desselben. Der linke Antheil des Uterus ist stark durch die Bauchdecken vorgewölbt. Keine Blutung.

Das Kind kam ohne Herzschlag zur Welt und konnte nicht wieder belebt werden. Die Placenta trat eine Viertelstunde post partum spontan nach dem Mechanismus von Duncan aus; sie erwies sich als unverletzt, ohne Besonderheiten. Während dieser Zeit keine Blutung aus der Fistelöffnung.

Das Kind hatte ein Gewicht von 2200 Grammen und eine Länge von 40 Centimetern. Am linken Scheitelbein in seinem vorderen Antheile eine grosse Kopfgeschwulst. Der Sectionsbefund des Kindes ergab mit Ausnahme von Atelectase der Lunge und etwas bedeutenderer Anaemie der Organe keinen pathologischen Befund.

Der Wochenbettverlauf gestaltete sich in folgender Weise:

Während der ersten vier Wochenbettstage traten, bedingt durch eine Angina tonsillaris, leichte Temperatursteigerungen bis 38·3° auf. Aus der Fistel sowohl wie per vias naturales entleerte sich Lochialsecret. Der Uterus involvirte sich gut. Die Fistel verkleinerte sich und wurde wieder nur für die Sonde durchgängig.

Vom 15. IV. an ging kein Secret mehr durch die Fistelöffnung ab, am 20. IV. constatirte man, dass die Uterussonde nicht mehr durch die Fistelöffnung einzuführen war, dieselbe vielmehr nur für eine feinere Sonde sich als durchgängig erwies.

Am 25. IV. stand die Frau auf, am 26. IV. wurde sie auf ihren Wunsch, da sie sich vollkommen wohl fühlte und aus der Fistel sich nichts mehr entleerte, entlassen.

Am 23. V. stellte sich Pat. wieder vor: sie fühlte sich vollkommen wohl, aus der Fistelöffnung hatte sich bis zu diesem Tage nichts entleert,

die Menses sind noch nicht aufgetreten. Da die Frau sich vollkommen wohl fühlte und derzeit keine Beschwerden von ihrer Fistel hat, entschloss sie sich nicht, irgend einer weiteren Therapie sich zu unterziehen.

Wenn wir diesen Fall in seinen Eigenthümlichkeiten betrachten, so müssen wir vorerst sagen, dass wir über die Art der ersten Operation leider keine vollkommen exacten Daten zur Verwerthung haben. Vermuthlich handelte es sich um ein grosses subseröses, wahrscheinlich kurzgestieltes Myom, welches mittelst extraperitonealer Stielversorgung abgetragen worden war. Ob die Fistelöffnung sich erst später bei Abstossung des Stumpfes ausbildete oder ob vielleicht bei der Abtragung selbst primär die Uterushöhle eröffnet wurde, lässt sich nicht entscheiden. Nach der Lage des Uterus und der Fistel zum Uterus dürfte der Tumor rechts und in der vorderen Wand gesessen haben.

Bei Durchsicht der einschlägigen Litteratur fällt die grosse Aehnlichkeit unseres Falles mit dem von Werder[1]) auf. Dieser operirte eine 29jährige Frau an subserösem Myom mit kurzem Stiele. Die Behandlung des Stieles war ebenso eine extraperitoneale mit elastischer Ligiatur. Auch bei dieser Frau bestand eine Fistel im untersten Theile der Abdominalwunde. Die Frau wurde schwanger und vom vierten Lunarmonate an traten wiederholt in unregelmässigen Zwischenräumen oft recht bedeutende Blutungen aus der Fistelöffnung auf. Auch in Werder's Falle stellte sich eine Frühgeburt ein, es wurde ein lebendes, sehr schwach entwickeltes Kind geboren. Die Placenta musste künstlich gelöst werden, und dabei ergab sich, dass die vordere Uteruswand einen erheblichen Defect hatte. An dieser Stelle soll die Placenta mit den Bauchdecken in directe Verbindung gestanden haben.

Werder bezog in seinem Falle die Blutung auf die theilweise Lösung der Placenta. Ich möchte auch in unserem Falle, in dem ja direct die Nähe des Placentarsitzes an der Fistelöffnung constatirt wurde, die Blutung auf dieses Vorkommniss beziehen. Möglicherweise steht die Continuitätstrennung mit dem Auftreten stärkerer Kindesbewegungen im Zusammenhange, sodass die an der Fistelstelle schlecht haftende Placenta durch die Bewegungen gelöst wurde und daher das Auftreten der Blutungen in so eigenthümlicher Weise mit dem Eintreten der Kindesbewegungen coincidirte.

Möglich ist auch, dass in unserem Falle infolge der vorzeitigen Placentarlösung die Frühgeburt zu Stande kam, und es ist wohl auch das Absterben der Frucht auf die grossen Blutverluste während der Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen.

Auch unser Fall ist nun eigentlich nicht ein Fall von Schwangerschaft nach Enucleation eines Myoms, sondern es

[1]) Pittsburg. Am. Journ. of obstetr. XXVIII. 1893. pag. 420.

dürfte wohl eine conservative Myomotomie ohne Ausschälung vorgenommen worden sein.

In dem von Krönlein[2]) operirten Falle, auf den A. Martin in seiner Arbeit hinweist, dürfte es sich ebenfalls um die Abtragung eines einigermassen gestielten Myoms gehandelt haben.

Der von mir oben ausführlich erwähnte Fall von Werder gehört mit dem unseren in dieselbe Reihe.

Olshausen führt in seiner oben citirten Abhandlung nur drei Fälle von Conception und Geburt nach eigentlicher Enucleation an, einen von A. Martin, wo die Schwangerschaft nach drei Monaten infolge eines Traumas endigte, einen von Hegar, bei dem es aber auch zweifelhaft ist, ob es sich um eine eigentliche Enuclation handelte, und einen von W. Müller in Aachen, in welchem ein Jahr nach der Enucleation eines dreimannsfaustgrossen Tumors aus der vorderen Uteruswand, bei der die Uterushöhle eröffnet wurde, Conception eintrat und die Frau im zehnten Lunarmonate ein gleichfalls intra partum abgestorbenes Kind von 2760 Gramm Gewicht gebar.

Olshausen erwähnt ferner, dass unter seinen mittelst Enucleation behandelten Fällen keine Conception in Erfahrung gebracht werden konnte, Hofmeier sagt von den Fällen Schröder's dasselbe. Auch aus unserer Klinik liegt keine derartige Erfahrung vor.

Was die therapeutische Seite solcher Fälle wie des unseren betrifft, so glaube ich, dass man insolange mit conservativer Behandlung vorgehen wird, als die Blutverluste nicht eine solche Höhe erreichen, dass eine vitale Indication zu energischem Vorgehen gegeben wird. Das Einfachste wäre dann wohl die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bezw. des künstlichen Abortus behufs Entleerung der Uterushöhle. Eine eingreifende Operation in solchen Fällen auszuführen, dürfte wohl durch den ausgebluteten Allgemeinzustand solcher Frauen verhindert sein. Man kann ja späterhin nach Ablauf des Puerperiums an die Schliessung der Fistel gehen, indem man den Uterus von den Bauchdecken lospräparirt, die Uterusfistel umschneidet, für sich vernäht, dann den Uterus versenkt und die Bauchdecken schliesst. Wir hatten auch die Absicht, dieses Verfahren in unserem Falle anzuwenden, wenn die Frau in die Operation eingewilligt hätte.

Von Interesse an unserem Falle ist auch die Wahrnehmung, dass die Geburt per vias naturales erfolgte, obwohl a priori die Fistelöffnung sich rascher erweiterte als der Muttermund und der Austritt der Frucht auf diesem Wege sicher möglich gewesen wäre. Dass dies nicht geschah, ist dafür beweisend, dass die Geburt per vias naturales nicht einzig aus dem Grunde in der normalen Weise erfolgt, weil eben dort eine Austrittsöffnung

[2]) Siehe Olshausen's Abhandlung.

besteht, sondern aus dem Grunde, weil die ganze Anordnung der Uterusmuskulatur eine derartige ist, dass durch ihre Contractionen der jeweilige Inhalt gegen den Muttermund zu getrieben wird. Wäre nur das Vorhandensein einer Oeffnung massgebend, dann hätte wohl in unserem Falle die Entbindung durch die Fistel stattfinden müssen, da nicht nur der Weg dahin kürzer, sondern auch die Oeffnung derselben anfänglich weiter war als die des Muttermundes.

II.

Zur Lehre von den malignen Tumoren des Chorionepithels.

(Berichtigende Bemerkungen zu: Ein Fall von Deciduo-Sarcoma uteri giganto-cellulare. Arch. f. Gyn. Bd. 47. Heft 2.)

Von

Dr. R. KLIEN

In Dresden.

Marchand hat in seiner bekannten Arbeit über die sogenannten decidualen Geschwülste die Behauptung aufgestellt, dass alle die Geschwülste, welche vor ihm unter dem Namen Deciduoma malignum, Sarcoma deciduo-cellulare etc. beschrieben worden sind, epithelialer Natur seien. Er sucht dies im zweiten Theil seiner Arbeit auf Grund der Beschreibungen nachzuweisen. Eine Beweisführung, die nicht auf eigenem Anschauen der betreffenden Präparate beruht, hat aber immer ihre schwache Seite. Wenn auch die meisten Leser durch Marchand's Ausführungen im allgemeinen überzeugt sein werden, so wird es doch auch Zweifler geben. Aus diesem Grunde und bei der wissenschaftlichen Bedeutung der ganzen Frage dürfte es angezeigt sein, wenn diejenigen Autoren, welche früher Deciduome etc. beschrieben haben, selbst wiederholt ihre Stellung im Lichte der neuen Lehre bekunden würden.

Dass das nicht schon allgemeiner geschehen ist, daran ist vielleicht nicht zum geringsten Theil die niederschmetternde Kritik, mit welcher Fritsch seinerzeit die vor Marchand sich in die Sache gemischt habenden „Dilettanten" bedacht hat, Schuld. Mir wenigstens ging es offen gestanden eine Zeit lang so, da ich sehr bald einsah, dass auch ich auf den Holzweg gerathen war. Nun, ich tröste mich mit dem alten Satze: Cuiusvis hominis est errare, nullius nisi insipientis, in errore perseverare.

Bisher haben sich meines Wissens nur Kossmann für den Loehlein'schen und J. Neumann für den ersten Schauta'schen Fall der Marchand'schen Auffassung angeschlossen, während Gottschalk, auch für den von ihm nachuntersuchten Fall

Tannen's, auf seiner ursprünglichen Auffassung hartnäckig beharrt und Sänger, neuerdings gestützt auf den Fall von Bulius (Gynäkologen-Congress, Leipzig), die Uebereinstimmung seines Falles mit dem Marchand'schen Typus leugnet und an dessen Sarcomcharacter festhält.

Wenn ich erst heute, nach zwei Jahren zum zweiten Male das Wort zu ergreifen mir erlaube, so liegt der Grund darin, dass der von mir früher beschriebene Fall durchaus nicht so durchsichtig ist, als dass ich ihn ohne weiteres mit dem Marchand'schen Typus identificiren konnte; das haben mir im Laufe der Zeit nicht nur „Dilettanten" sondern auch Fachpathologen zugegeben. Ich wollte daher die Entwickelung der schwierigen Frage erst weiter verfolgen, glaube indess jetzt nach den neuesten Arbeiten von Fränkel[1]) und Neumann[2]) zu einer richtigen Anschauung gelangt zu sein.

Von den Zellen, welche am Aufbau der Neubildung in meinem Fall theilnehmen, hatte ich vier Arten unterschieden: 1.) Specifische grosse Zellen, Fig. 2 a—n. 2.) Rundzellen o—t. 3.) Spindelzellen. 4.) Glatte Muskelzellen.

Von den specifischen Geschwulstzellen hatte ich 2 Arten unterschieden: a) grosse Zellen mit rundlichem Kern und feinem Protoplasmahof, als Deciduazellen gedeutet, Fig. 2 i—n; b) Riesenzellen mit dunklem, unregelmässigem, oft mehrfachem Kern, Fig. 2 a—h, die ich zum Theil ebenfalls von Deciduazellen, zum Theil von Bindegewebs- und glatten Muskelzellen ableiten zu müssen glaubte.

Heute erkenne ich nach dem Vorgang von Marchand und nach Kenntnissnahme mehrfacher Präparate anderer in der Litteratur beschriebener Fälle die erstere Zellart als Langhans'sche, die letztere als syncytiale an. Die Rund- und Spindelzellen erkenne ich mit Fränkel als Granulations- und Bindegewebszellen, die vielfach und zum Theil sehr reichlich neben den glatten Muskelfasern zwischen den chorialen Elementen vorkommen, zum Theil auch ganze Bezirke allein für sich einnehmen. Damit fällt auch natürlich die Entstehung eines Theils jener Zellen aus Bindegewebs- und Muskelzellen. Es handelte sich hierbei um eine durch Voreingenommenheit bestärkte Täuschung, welche durch das innige Durcheinanderwachsen sämmtlicher Zellsorten an mehreren Stellen zu Stande gekommen ist.

Nun muss aber hervorgehoben werden, dass zusammenhängende, typische syncytiale Massen in Form von Bändern, Guirlanden etc., welche im Verein mit Langhans'schen Zellhaufen Conglomerate bilden, nur sehr ausnahmsweise anzutreffen

---

[1]) Fränkel: Mal. Tum. d. Chorionepith. Samml. klin. Vortr. N. F. No. 180.

[2]) J. Neumann: Beitr. z. Kenntniss d. Blasenmolen u. der mal Deciduome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI. Heft 1—2.

sind.[1]) Nur in Schnitten aus dem intrauterinen Haupttumor, dort wo Reste des ursprünglichen Neubildungsheerdes noch in Form von selbstständigen Haufen (in grossen Bluträumen) zu finden sind, und in einigen Gefässen von Metastasen sind jene Conglomerate zu sehen. Dagegen bestehen überall da, wo die Neubildung in das Parenchym der Organe (Uteruswand, Scheidenwand und auch Lungengewebe, wie neue Präparate mich lehrten) eingedrungen ist, die neoplastischen Elemente nur aus Riesenzellen (1 b, Fig. 2 a—h). Diese Riesenzellen, in ihrem praedominirenden Verhalten, geben dem Fall in der That sein charakteristisches Gepräge.

Fränkel fasst diese Zellen als choriale — oder wie man früher sagte serotinale — Wanderzellen auf, worin ich ihm beistimme. Dieselben müssten also von der Schleimhautoberfläche, den sog. Haftstellen der Zotten aus, direct in das Gewebe eingedrungen sein, zum Unterschied von den aus Syncytium und Langhans'schen Zellen zusammengesetzten Conglomeraten, welche in die durch die Zotten eröffneten mütterlichen Blutgefässe hineinwuchern.

Im meinem Fall muss demnach eine gleichzeitige Invasion verschiedenartiger chorialer Elemente auf intra- und extravasculärem Wege stattgefunden haben. Dass der Wucherung der extravasculär vordringenden Wanderzellen dabei aber die grössere Energie zukommt, geht auch daraus hervor, dass in dem Gewebe der Metastasen ausschliesslich diese Gebilde angetroffen werden, obwohl sich Conglomerate von Syncytium und Langhans'schen Zellen in den Gefässen der Metastasen finden. Im Grossen und Ganzen besteht die l. c. pag. 21 des Sep.-Abd. geschilderte Art der Verbreitung der Neubildung zu Recht, die ganz nach Art der Sarcome vor sich geht.

In mir bekannt gewordenen Fällen anderer Autoren besteht das Neoplasma in den Metastasen, d. h. dem Gewebe derselben, aus denselben Formationen, wie im Muttertumor; so findet sich z. B. in der Darmmetastase von Fall Menge I typisches Syncytium und Langhans'sche Zellen in Conglomeraten; in einem Schmorl'schen Fall herrscht typisches Syncytium in einer Lebermetastase vor, in einem anderen sind beide choriale Epithelien mehr gleichmässig vertreten, wie dies auch von dem Köttnitz'schen Fall gilt.

Ich hebe dies hervor, weil Neumann (l. c. pag. 24) den Nachweis erbracht zu haben glaubt, dass Zellen vom Typus der chorialen oder serotinalen Wanderzellen auch direct vom Zottensyncytium sich abtrennen können.

Hiernach würden die Riesenzellen, welche sich vorzugsweise an dem Aufbau der von mir beschriebenen Neubildung, ferner, wie es scheint, der Bacon's, vielleicht auch der Menge's (II. Fall) und Nové-Josserand's und Lacroix' betheiligen,

[1]) Fränkel standen diesbezügliche Präparate jedenfalls nicht zur Verfügung.

topographisch von 2 verschiedenen Stellen stammen können (Haftstellen und Zottenüberzug); histogenetisch sind sie aber auf jeden Fall identisch, d. h. syncytialen Ursprungs. Diese Ansicht theilt laut brieflicher Mittheilung Neumann mit mir, während Fränkel die Herkunft der chorialen Wanderzellen, ob aus dem Syncytium, ob von den Langhans'schen Zellen unentschieden lässt.

Während nun die Abstammung der serotinalen seu chorialen Wanderzellen aus den Haftstellen der Zotten für die normale Placenta längst bewiesen ist, ist der Vorgang wie ihn Neumann in seinem pathologischen Fall beschreibt, als physiologischer meines Wissens bisher noch nicht beobachtet worden. Neumann gelang jener Nachweis vorläufig auch nur an einer einzigen Zotte. Allerdings muss man bemerken, dass auch die von Syncytium abstammenden atypischen Zellen im Stroma maligner Zotten, wie sie Neumann beschrieben hat, einzeln auftreten und ganz den chorialen Wanderzellen gleichen.

III.

Aus dem Mariahilfer Ambulatorium.

Beiträge zur Diagnose und Therapie der Osteomalacie.*)

Von

W. LATZKO

in Wien.

Seitdem die durch Fehling (6) inaugurirte Möglichkeit, die Osteomalacie mit fast sicherer Aussicht auf Erfolg zu bekämpfen, das Interesse an dieser Krankheit wesentlich gesteigert hat, sehen wir, wie sich die Ansichten über die Verbreitung der Knochenerweichung langsam aber stetig verändern. Während früher der ausgesprochen endemische, auf wenige Oertlichkeiten (Olonathal bei Mailand, Gegend von Gummersbach, Ost-Flandern, Lahnthal, Ergolzthal etc.) beschränkte Character der Osteomalacie als unbestreitbar galt, hat die neuere Forschung gezeigt, dass dieselbe allerorten — auch in solchen Gegenden, die früher als immun galten — vorkomme. So sind beispielsweise aus Ungarn im Laufe weniger Jahre mehr als 50 Fälle veröffentlicht (gewiss noch mehr dort beobachtet) worden, während bis zum Ende der 80er Jahre Ungarn mit Norddeutschland und America unter die gegen Osteomalacie immunen Länder zählte. Es ist ein zweifelloses Verdienst v. Winckel's (81, 82), als erster schon zu Anfang der 80er Jahre darauf hingewiesen zu haben, dass die allgemein

*) Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf das Litteraturverzeichniss am Schlusse der Abhandlung.

gehegte Anschauung von der Immunität gewisser Orte, Landstriche, ja Länder gegen Osteomalacie den Thatsachen nicht entspricht.

Ich selbst habe Fälle von Knochenerweichung aus den verschiedensten Gegenden Oesterreichs beobachtet, die bei weitem grösste Anzahl natürlich aus meinem Wohnsitze Wien. Hier ist die Frequenz der O. eine so bedeutende, dass ich d. Z. über ein Material von mehr als 120 genau beobachteten Fällen verfüge. Die klinischen Erfahrungen, welche ich an denselben zu sammeln Gelegenheit hatte, sind z. Th. schon veröffentlicht (26—31). Wenn ich auf einzelne Puncte aus der Osteomalacielehre an dieser Stelle wieder zurückkomme, so möge dies der Umstand entschuldigen, dass in Bezug auf dieselben eine Einigung unter den Fachcollegen bis heute nicht erzielt wurde.

Die Osteomalacie ist eine Krankheit, die mit Vorliebe Frauen in geschlechtsreifem Alter befällt; doch bleiben auch Mädchen während der Entwicklungsperiode — ich verfüge über eine Patientin, die im 15. Lebensjahr vor Eintritt der ersten Menses erkrankte —, Frauen im Climacterium und Greisinnen nicht verschont. Dass Männer viel häufiger an Osteomalacie erkranken, als angenommen wird, scheint mir daraus hervorzugehen, dass ich als Gynaecologe fünf Fälle viriler O. zu beobachten Gelegenheit hatte In aetiologischer Beziehung kommen feuchte Wohnungen bei weitem am häufigsten in Betracht. Demgemäss ist das Proletariat zu dieser Erkrankung besonders disponirt; doch wird Osteomalacie gelegentlich auch bei Wohlhabenden beobachtet. Es ist gewiss kein Zufall, dass unter diesen Bäckers-, Fleischersfrauen und Gastwirthinnen (Kehrer [23]) an erster Stelle figuriren, nachdem die Inhaber der erwähnten Gewerbe oft genug in ebenerdigen Räumen wohnen, die an ihre Geschäftslocale anstossen und allen hygienischen Anforderungen Hohn sprechen.

Der Ansicht anderer Autoren, dass ungenügende oder unzweckmässige Nahrung — der Genuss sauren Brodes wird besonders betont (v. Winckel [81]) — aetiologisch eine hervorragende Rolle spiele, kann ich mich nicht anschliessen. Meine Kranken geben in der überwiegenden Mehrzahl an, dass sie immer genügende, gemischte Kost genossen hätten, wie sie eben den Erwerbsverhältnissen der arbeitenden Classe entspricht.

Die ersten Erscheinungen der O. pflegen während einer Schwangerschaft — es kann ebenso die erste, wie die zehnte sein — zur Beobachtung zu gelangen. Nicht so häufig ist der Beginn der Erkrankung im Wochenbett, vielleicht noch seltener ganz ausser Zusammenhang mit dem Fortpflanzungsgeschäft. Die während der Schwangerschaft einsetzenden Erkrankungsformen zeigen eine dem Fortschreiten der ersteren entsprechende Zunahme resp. Ausbreitung der für Osteomalacie characteristischen Symptome. Mit Ablauf der Schwangerschaft pflegen die letzteren an Intensität und Extensität nachzulassen. Manchmal geht dies

überraschend schnell vor sich. Ich hatte Gelegenheit, eine Frau mit florider Osteomalacie zu beobachten, die in den letzten Schwangerschaftswochen fast unbeweglich, vollkommen gelähmt im Bette lag. Zwei Stunden nach der Geburt konnte sie ohne Unterstützung aufstehen, um in hockender Stellung ausser Bett Urin zu lassen. In solchen Fällen unterscheidet sich der Verlauf nicht einmal graduell (Löhlein [36]) von dem nach Castration. Tritt während einer derartigen Remission wieder Schwangerschaft ein, so exacerbirt der Process aufs Neue. Im anderen Falle kann die Remission zu vollständiger restitutio ad integrum führen, also in Spontanheilung ausgehen, auf welchen Umstand Schauta (52) mit Recht hingewiesen hat. Wiederholte Schwangerschaften Osteomalacischer bringen regelmässig Exacerbationen, die an Intensität die vorausgegangenen übertreffen. Die Remissionen post partum lassen immer länger auf sich warten, werden immer unvollständiger, bis die Krankheit stationär bleibt, oder stetig fortschreitet.

Fälle, die ausserhalb der Schwangerschaft einsetzen, pflegen von vorneherein nicht einen remittirenden, sondern einen progredienten Typus einzuhalten.

Die Fälle mit remittirendem Typus zeichnen sich durch ganz characteristische Anamnesen aus, die schon an sich die Diagnose auf Osteomalacie mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen erlauben. Es sind dies dieselben Fälle, die durch die stete Wiederholung immer heftigerer Exacerbationen in den aufeinanderfolgenden Schwangerschaften so augenfällige Skelettverbildungen bieten, dass sie einer einigermassen aufmerksamen Beobachtung kaum entgehen können. Ich glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich behaupte, dass bis vor Kurzem die verschiedenen Osteomalaciestatistiken hauptsächlich aus solchen schweren Fällen sich zusammensetzten. Dieser Umstand hat dann nothwendig dazu geführt, den Osteomalacischen eine besonders hohe Fertilität zuzuschreiben. Denn jene leichten Fälle, die nach einer oder weniger Schwangerschaften stationär bleiben oder ausheilen, ohne wesentliche Skelettdeformitäten zu zeigen, wurden nicht erkannt, fehlen also jenen Statistiken bei der Berechnung des Fertilitätscoefficienten. Thatsächlich konnte ich seinerzeit darauf hinweisen, dass sich bei 50 osteomalacischen Frauen die durchschnittliche Fruchtbarkeit auf 4·9, die Fertilität der schon Erkrankten auf 1·7 stellte. D. Z. haben sich diese Zahlen unter Beziehung auf 85 geschlechtsreife, bis vor einem Jahr zur Beobachtung gelangte Frauen auf 5·4 resp. 2·0 erhöht.

Als erste Symptome werden ziemlich übereinstimmend Gehstörungen und Schmerzen bezeichnet. Während früher — grossentheils auch heute noch — die Gehstörungen als Folgen der Schmerzen und insbesondere der Skelettveränderungen betrachtet wurden, hat v. Renz [51] Ende der 80er Jahre die Lähmung oder Parese der Hüftgelenksbeuger als Ursache derselben erkannt. Die Localisation der Schmerzen ist eine verschiedene. Viele Frauen klagen zunächst über Schmerzen im Kreuz und den

Leistenbeugen, andere über Schmerzen in den Oberschenkeln oder Rippen. Mit dem Fortschreiten des Processes, resp. mit den an Intensität mit jeder Schwangerschaft zunehmenden Exacerbationen pflegen sich die Schmerzen im Laufe der Jahre über einen grossen Theil des Körpers zu verbreiten. Es giebt Patienten, denen jeder einzelne Knochen, Schädel und Phalangen nicht ausgenommen, weh thut. Hand in Hand mit der Ausbreitung der Schmerzen geht die Verminderung der Gehfähigkeit von der Andeutung des characteristischen Entenganges angefangen bis zu jener Form der Fortbewegung, die kaum mehr als Gang zu bezeichnen ist, bei der die Frauen mit am Fussboden klebender Sohle sich unter mühsamen Drehbewegungen an Einrichtungsgegenständen ihrer Wohnung fortschieben. Das Stiegensteigen ist solchen Kranken schon lange nicht mehr möglich; ans Zimmer, endlich an den Stuhl oder das Bett gefesselt, führen dieselben ein elendes, schmerzenreiches Dasein. Gleichzeitig mit den zunehmenden subjectiven Beschwerden macht sich der Einfluss der Rumpflast auf das seiner Festigkeit beraubte Knochensystem geltend. Skelettveränderungen treten auf, die sich besonders an Wirbelsäule, Thorax und Becken manifestiren. Die Kranken merken selbst, dass sie kleiner, dass sie eventuell misstaltet werden, während die objective Untersuchung Wirbelsäulenverkrümmungen, Beckenverengerung, Thoraxdeformitäten verschiedener Art, häufig Atrophie der Alveolarfortsätze als Ursache des Zahnausfalls, seltener Verbiegungen der unteren Extremitäten, das Entstehen eines pes valgoplanus etc. nachweisen kann. Gewisse Formen der Knochenerweichung zeichnen sich durch grosse Neigung zu Fracturen aus, die auf ganz geringfügige Traumen (Untersuchung!) hin entstehen können.

Die meisten Osteomalacischen verfallen bei langem Bestande der Krankheit einer mit bedeutender Abmagerung verbundenen Cachexie. Doch giebt es Kranke, die während des Fortschreitens des Processes entschiedene Neigung zu Fettansatz zeigen.

Aus dem letzteren Umstande zu schliessen, dass die Osteomalacie eine isolirte Erkrankung des Knochensystems sei (Kehrer [23]), halte ich für verfehlt. Ich erinnere nur an die Analogie mit einer exquisiten allgemeinen Stoffwechselerkrankung, dem Diabetes, der gleichfalls mit Fettsucht combinirt vorkommen kann, trotzdem er gewöhnlich zu bedeutender Abmagerung führt. Der Verlauf der Osteomalacie erstreckt sich in der Regel auf viele Jahre. Die Fälle mit ungemein raschem, ungünstigem Verlauf (solche sind von Wulff [86], Heitzmann [18], Schmidt [55], Péron und Mexlay [44] etc. publicirt) müssen bezüglich der Diagnose Zweifel erwecken.

Ausgang der Osteomalacie in Tod durch die Krankheit selbst habe ich auch in den schwersten Fällen nie gesehen. Wenn es im Verlaufe der Knochenerweichung zum Exitus kommt, so tragen wohl stets intercurrente Krankheiten, die an den durch Siechthum geschwächten Individuen günstige Angriffsobjecte finden, die

Schuld. In erster Reihe kommen hier Lungenkrankheiten (Tuberculose, Bronchitis), in zweiter Circulationsstörungen als Folge der Raumbeengung des Thorax in Betracht. Ausgang in spontane Heilung ist nicht allzuselten; in der Regel handelt es sich hier um die oben erwähnten Fälle von remittirendem Typus, die im Anschlusse an eine postpuerperale Remission in Heilung übergehen. Doch kommen auch Spontanheilungen nach jahrelangem, stationärem oder progredientem Verlauf unter dem Einfluss günstiger äusserer Verhältnisse zu Stande.

Dem Gesagten entsprechend ist die Prognose der sich selbst überlassenen Osteomalacie in puerperalen Fällen (d. h. so lange der Process remittirenden Typus einhält,) besser, als in nicht puerperalen. Dass aber die Prognose der letzteren beinahe absolut infaust sei, wie Gelpke [14] meint, entspricht wohl nicht den Thatsachen.

Einen heilsamen Einfluss des Climacteriums konnte ich nur ausnahmsweise beobachten. Im Gegensatze hiezu erkrankt eine Gruppe von Fällen gerade während des Climax, vielleicht zum Theil im Anschluss an profuse Menorrhagieen an Osteomalacie.

Gewöhnlich gestaltet sich der Ausgang der Krankheit so, dass die Frauen früher oder später nach richtig gestellter Diagnose einer rationellen Therapie unterzogen werden, oder dass sie unter der Diagnose chronische Myelitis, Gicht, chronische Arthritis etc. als unheilbar Kranke zu Hause oder in Siechenhäusern ein trauriges Dasein fristen, bis sie an Tuberculose, Circulationsstörungen, Nephritis, etc. zu Grunde gehen, wenn nicht vielleicht die Dystokie in Folge osteomalacischer Beckenenge durch Uterusruptur resp. Porrooperation die Entscheidung in einer oder der anderen Richtung bringt.

Meine soeben aufgestellte Behauptung, dass eine Reihe von Osteomalacien jahrelang unter falschen Diagnosen geführt werden, beruht auf vielfacher, eigener Erfahrung, und sind alle Beobachter, die über ein grösseres Material verfügen — wie v. Winckel (81), Kehrer (23), v. Renz (51), Wagner (76) etc. — derselben Ansicht. Diese Thatsache wird — wie ich an anderer Stelle ausführlich auseinandergesetzt habe — dadurch verständlich, dass die Osteomalacie durch die auf mehrere Körperregionen, häufig auch auf Gelenke localisirten Schmerzen, an rheumatische, durch die die Gehstörungen veranlassenden Paresen, die allgemeine motorische Insufficienz, durch die bestehenden Contracturen, endlich die Steigerung der Sehnenreflexe an spinale Processe erinnert. Ich habe hier nur die regelmässig vorkommenden nervösen Symptome erwähnt, die seltenen hingegen ausser Acht gelassen. Zu letzteren zählen Intentionszittern (Vélits [74]), Muskelzuckungen (Trousseau [70]), Paraesthesieen (Köppen [25]) etc.

Die Schwierigkeit der Diagnosenstellung bei Osteomalacie vor Eintritt deutlicher Skelettverbildungen, die alle Autoren bis in die allerjüngste Zeit betonen, beruht eigentlich nur auf der

von denselben supponirten Unmöglichkeit, jene scheinbar rheumatischen oder spinalen Symptome von denen der beginnenden Osteomalacie scharf zu trennen.

Fehling (7), der verdienteste und erfahrenste Osteomalacieforscher, hat die bestehenden Schwierigkeiten zu umgehen versucht, indem er Uebergangsformen zwischen „physiologischer" und pathologischer Osteomalacie annahm. Er schreibt: „Diese Fälle" (mit hochgradigen Beschwerden ohne hervorragende Beckendifformität) „bilden den Uebergang zu solchen, welche in der Schwangerschaft wegen unbestimmter, nicht genau localisirbarer Schmerzen im Leib und Becken den Arzt consultiren; Veränderungen am Becken sind nicht zu finden; prüft man die Beckenknochen auf ihre Empfindlichkeit, so ist diese oft hochgradig, am stärksten am Sitzbein, dann Schambein, am wenigsten am Kreuzbein. Solche Fälle kommen auch in immunen Gegenden vor. Ich habe erst jüngst hier in Halle einen derartigen Fall untersucht; man kann sie als Fälle „physiologischer Osteomalacie", als eine Art Osteoporose bezeichnen."

Demgegenüber muss betont werden, dass typische Osteomalacie, verbunden mit hochgradigen Gehstörungen und Schmerzen, ohne die geringste wahrnehmbare Skelett- und besonders Beckendeformität nicht selten beobachtet werden kann. Selbst ganz leichte Formen pflegen aber ein so scharf umschriebenes Krankheitsbild zu bieten, dass die Annahme einer „physiologischen Osteomalacie" für solche Fälle ganz unstichhaltig ist. Die mit jeder Schwangerschaft verbundene Auflockerung der Knochensubstanz — physiologische Osteomalacie Hanau's (17) — macht eben keine Schmerzen und keine Gehstörungen. Der Umstand, dass solche Fälle, wie die oben erwähnten, auch in „immunen Gegenden" vorkommen, wird wohl am leichtesten dadurch erklärt, dass es für Osteomalacie immune Gegenden nicht giebt.

Dass eine präcise Diagnose der Knochenerweichung auch in den allerersten Stadien bei Abwesenheit irgend welcher Skelettveränderungen möglich ist, glaube ich seinerzeit hinlänglich bewiesen zu haben. Es gilt nur, jene Symptome herauszugreifen, die bei Osteomalacie fast stets, bei anderen, besonders spinalen Krankheiten fast nie vergesellschaftet vorkommen. Diese sind: die Druckempfindlichkeit einzelner Knochen, besonders des Beckens und der Rippenbögen, die isolirte Ileo-psoasparese als Ursache des characteristischen Ganges und die Adductorencontractur als Ursache der Abductionsbehinderung. In zweiter Linie sind diagnostisch bemerkenswerth die Steigerung der Patellarreflexe und der Mangel an Sensibilitätsstörungen.

Eine besondere Aufmerksamkeit verdient die Abductionsbehinderung, welche speciell den Gynäcologen, der behufs vaginaler Untersuchung die Beine abduciren lässt, dazu veranlasst, nach weiteren Symptomen der Osteomalacie zu forschen. Ich komme immer wieder in die Lage, die Wichtigkeit dieses

diagnostischen Hilfsmittels ad oculos zu demonstriren, und zweifle nicht, dass ich manchen Fall von leichter Osteomalacie nur desbalb nicht übersehe, weil die bestehende Adductorencontractur mich zur Erhebung einer genauen Anamnese und zu exacter Untersuchung auffordert. — Abductionsbehinderung kann übrigens auch bei anderen Zuständen vorkommen, so bei Coxa vera, Arthritis chronica und deformans, Coxitis, bei gewissen spinalen Processen etc., endlich aus unbekannten Ursachen. Sie kann ferner ausnahmsweise bei Osteomalacie fehlen.

In zweifelhaften Fällen werden wir in der Diagnose häufig unterstützt durch die characteristische Anamnese (Exacerbation in der Schwangerschaft, Remission nach der Geburt). Ebenso kann die sichere Angabe der Patientin, dass sie kleiner geworden sei, mit Vortheil benützt werden, auch wenn manifeste Skelettverbildungen fehlen.

In der Mehrzahl der Fälle endlich bestehen characteristische Deformitäten am Knochensystem, besonders am Becken. Die Merkmale des ausgebildeten osteomalacischen Beckens sind zu bekannt, als dass ich nöthig hätte, auf dieselben näher einzugehen. Hervorheben will ich nur, dass auch geringere Grade osteomalacischer Beckenverengerung, ausgezeichnet durch geradlinigen Verlauf der linea innominata, Drehung der inneren Kanten der absteigenden Schambeinäste nach vorne und Verkürzung der queren Durchmesser des Beckenausganges bei einiger Uebung mit annähernder Sicherheit zu erkennen sind. Besonders werden quere Verengerungen bei solchen Frauen Verdacht erwecken, die früher immer normal entbunden haben.

Anderweitige Skelettverbildungen geringen Grades werden nur im Vergleich mit früheren differenten Befunden an derselben Patientin, oder auf Grund sicherer Angaben der Kranken, dass die Verbildung erst nach vollendetem Wachsthum sich entwickelt habe, als osteomalacische bezeichnet werden können.

Wie früher erwähnt, unterliegen zunächst Wirbelsäule und Thorax einer Gestaltveränderung unter dem Einfluss der Rumpflast. Von den seitlichen Verbiegungen abgesehen, finden wir bei Osteomalacie in der Regel eine bogenförmige Kyphose des Brust- mit compensirender Lordose des Hals-, gewöhnlich auch des Lendensegmentes. Doch kann letzteres auch ganz gestreckt verlaufen. In Folge der Wirbelsäulenverkrümmung wird der Kopf vornübergebeugt gehalten, die untere Thoraxapertur dem Becken genähert, so dass die Rippenbögen den Darmbeinkämmen aufruhen, in exquisiten Fällen inner- und unterhalb derselben hinabsteigen. Die Taille ist verloren gegangen — die Frauen sind nach einer oft gehörten Angabe „breiter geworden“. Durch die Annäherung des Thorax an das Becken entstehen vorne und rückwärts quere Hautfalten.

Der Thorax nimmt selbstverständlich an den Gestaltveränderungen der Wirbelsäule Theil. Wir sehen in hochgradigen Fällen die Rippen dachziegelförmig übereinander geschoben, die

Rippenbögen nach innen umgekrempt, das Brustbein nach vorne convex.

Unter derartigen Umständen kann der Höhendurchmesser des Thorax auf die Hälfte seines früheren Maasses sinken, so dass ein crasses Missverhältniss zwischen der Länge der wenig oder gar nicht verkürzten unteren Extremitäten und der des Thorax entsteht.

Man sollte meinen, dass wenigstens unter solchen Verhältnissen die Diagnose Osteomalacie stets gestellt werde. Leider entspricht diese Vermuthung nicht immer den Thatsachen. Ich habe mehrfach Gelegenheit gehabt, schwere Osteomalacieen mit hochgradigen Verbildungen an Thorax und Becken zu sehen, die bis dahin von praktischen Aerzten und Neurologen als „Myelitis" aufgefasst und dementsprechend behandelt resp. nicht behandelt worden waren. Eine einfache Vaginaluntersuchung hätte genügt, um den Irrthum aufzuklären — von der Thatsache, dass die Diagnose auch ohne dieselbe nicht zu verfehlen war, ganz abgesehen —; sie wurde unterlassen, weil die angebliche Seltenheit der Knochenerweichung daran vergessen liess, sie differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen.

Immerhin giebt es eine Reihe von Krankheiten, die gelegentlich Symptomencomplexe schaffen, welche an das Krankheitsbild der Osteomalacie erinnern und diagnostische Schwierigkeiten veranlassen können.

Hierher gehören verschiedene Nerven-, Knochen- und Gelenkserkrankungen.

Unter den Nervenerkrankungen, welche differentialdiagnostisch in Betracht kommen, rangirt an erster Stelle die Hysterie; dieselbe kann sowohl zufällig als auch unter dem Einflusse des Nachahmungstriebes unter der Gestalt einer Paraparese der unteren Extremitäten mit zahlreichen schmerzhaften Druckpuncten über Wirbelsäule, Sternum und Becken, gelegentlich auch in Verbindung mit hochgradiger Abductionsbehinderung auftreten.

Das Vorhandensein anderer Symptome von Hysterie (Gesichtsfeldeinschränkung, hysterogene Zonen, Sensibilitätsstörungen etc.) wird auf die richtige Spur führen. Die Ausschliessung der Diagnose Osteomalacie wird wohl nur durch längere Beobachtung ermöglicht werden. Ich verfüge über eine Patientin mit nachgewiesener Hysterie, die alle Symptome der Osteomalacie — von Skelettveränderung abgesehen — in übertriebener Art und Weise darbot und nach vielmonatlicher Beobachtungsdauer als hysterische Osteomalacieimitation aufgefasst und von anderer Seite (56) publicirt wurde. Nachträglich hat sich durch manifeste Skelettverbildung (Kleinerwerden) herausgestellt, dass neben der Osteomalacie-imitation echte Oesteomalacie bestand.

Bei peripheren Nervenerkrankungen der unteren Körperhälfte kann unter Umständen die Entscheidung, ob neben der

Druckempfindlichkeit der Nervenstämme eine solche der Knochen bestehe, nicht leicht sein. Hyperalgesie der Haut, Verminderung der Sehnenreflexe, eventuelle Entartungsreaction bei electrischer Untersuchung sprechen gegen Osteomalacie, auch wenn Paraparesen der Beine das Bild compliciren.

Die Polyneuritis puerperalis hat mit der Osteomalacie nur das Auftreten im Wochenbett und die Schmerzen gemein. Das acute Einsetzen der letzteren, das rasche Eintreten von ausgebreiteten Lähmungen bei dieser Form der Neuritis ermöglichen eine Differentialdiagnose auf den ersten Blick.

Sehr häufig sehen wir Fehldiagnosen unter dem Titel „chronische Myelitis"; wohl nicht wegen eventueller Uebereinstimmung der Krankheitsbilder, sondern auf Grund der alten Gewohnheit, nicht deutlich definirbare, als spinal imponirende Processe unter den bequemen Begriff der Myelitis einzureihen. Thatsächlich bietet gerade die Myelitis die geringste Aehnlichkeit mit Osteomalacie. Die Abwesenheit von Sensibilitätsstörungen, Blasenparesen, spastischen Lähmungen im Zusammenhange mit den positiven Symptomen der Knochenerweichung, besonders der Druckempfindlichkeit des Beckens und anderer Skeletttheile lässt die Verwechslung mit Myelitis bei einiger Aufmerksamkeit gar nicht zu. Allerdings muss hier auf die von hervorragenden Autoren gehegte, nichtsdestoweniger unrichtige Anschauung hingewiesen werden, dass die Osteomalacie durch hochgradige Verkrümmung und Erweichung der Wirbelsäule zu Compression und Querschnittsläsion des Rückenmarkes und Compression der Intervertebralganglien führen könne (Litzmann [34], Senator [59], v. Vélits [75], Renz [51]), für welche Hypothese kein einziger anatomischer Beleg existirt. Ich habe stets beobachtet, dass alle scheinbar spinalen Symptome unter dem Einflusse der Therapie zurückgehen, welcher Umstand allein hinreicht, um die Hinfälligkeit der Annahme einer Rückenmarkscompression klarzustellen.

Die Verwechslung einer thatsächlich bestehenden Myelitis mit Osteomalacie — also der umgekehrte Fall wie der vorher supponirte — dürfte kaum je vorkommen.

Zwei andere spinale Processe können unter bestimmten Verhältnissen den Gedanken an Osteomalacie nahelegen u. z. die Tabes und die Syringomyelie.

Bei der Tabes treten zuweilen multiple Fracturen auf, die dann zu Deformitäten der Extremitäten führen; bei der Syringomyelie kann es zu bedeutenden Kyphoscoliosen kommen. Doch bieten beide Processe ausserdem so deutlich umschriebene Bilder, dass die Differentialdiagnose wohl in jedem Fall leicht sein wird.

Schwieriger als die Abgrenzung gegen die erwähnten Nervenkrankheiten kann die gegen verschiedene Erkrankungen am Knochensystem sein. Multiples Myelom ist wohl sehr selten. Mehrere in der älteren Litteratur als Osteomalacie beschriebene Fälle scheinen aber hierher zu gehören. Das Myelom führt ebenfalls zu Skelettdeformitäten; dieselben beschränken sich

jedoch auf den Stamm. Die Schmerzen pflegen sehr heftig zu sein. In den bisher beobachteten Fällen blieb die motorische Kraft der unteren Extremitäten erhalten. Kahler [21] glaubte durch den Nachweis von Albumose im Harn bei Myelom ein sicheres differential diagnostisches Moment gegen Osteomalacie gefunden zu haben. Doch hat der Nachweis desselben Körpers im Harne einer senil Osteomalacischen (Raschke's [49]) die Verlässlichkeit dieses Symptomes schwer beeinträchtigt. Seegelken [58] meint, dass eine vollkommen sichere Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten d. Z. nicht möglich sei. Der Mangel der Ileo-psoasparese, die Beschränkung der im Verhältniss zur Osteomalacie rasch eintretenden Deformitäten auf den Stamm werden zusammen mit dem positiven Ergebniss einer Harnuntersuchung auf Albumose gestatten, die Diagnose Osteomalacie auszuschliessen. Lymphadenia ossium (Nothnagel [41]) führt unter starken Schmerzen zu unförmlicher Knochenverdickung.

Primäre Knochensarcome können wohl nur unter ganz bestimmten Bedingungen — Beckensarcom bei einer fettleibigen Frau (Sternberg [64]) — der Osteomalacie analoge Symptome herbeiführen, ohne dass der Nachweis des Tumors leicht gelänge. Die Untersuchung in Narcose wird die Diagnose in solchen Fällen wesentlich erleichtern.

Ein bedeutendes differentialdiagnostisches Interesse beanspruchen die am Knochensystem localisirten Ablagerungen maligner Neubildungen (Carcinom, Endotheliom). Ausgebreitete Knochenmetastasen bei occultem primärem Herd sind ohne längere Beobachtungsdauer von Osteomalacie kaum zu unterscheiden (Carcinomatöse Osteomalacie der Autoren). Einige rasch tötlich verlaufene Fälle aus der Litteratur gehören wahrscheinlich hierher (Heitzmann [18] u. a.). Neben intensiven Knochenschmerzen und Motilitätsstörungen können sich hier ganz analoge Skelett-, speciell Beckenveränderungen ausbilden wie bei Osteomalacie. Bei Uebergreifen des Prozesses auf die Wirbelsäule und daraus resultirender Compression des Rückenmarkes oder der Nervenwurzeln wäre allerdings in der Herabsetzung der Sehnenreflexe ein unterscheidendes Merkmal gegeben (Sternberg [64]). Zu beachten ist das Bestehen von angulären Kyphosen und von Knochenauftreibungen, sowie der rasche Verlauf.

Wesentlich erleichtert wird die Diagnose durch die Constatirung eines primären Tumors (Carcinom der Mamma, Endotheliom der Ovarien). Nach Entfernung derartiger primärer Tumoren kann natürlich ausgedehnte Metastasirung auch ohne Recidiv an der Operationsstelle nachfolgen.

Ich hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten, der sich objectiv von Osteomalacie nur durch eine deutliche Auftreibung des einen Darmbeinkammes (Metastase) und anfängliche anguläre Lendenkyphose unterschied. Beide Mammen waren ein resp. ein halbes Jahr vorher wegen Scirrhus amputirt worden. Die Operationsnarben waren glatt; an den regionären Drüsen

nichts Abnormes. Als ich die Kranke ein Jahr später sah, bestand hochgradige bogenförmige Kyphose der Brust und Lendenwirbelsäule mit entsprechender Thoraxdifformität; das Becken war Ypsilonförmig, der Gestalt nach ein typisch osteomalacisches. Die Kranke war zusammengeschrumpft, gehunfähig, sehr wenig beweglich. Die bis vor einem halben Jahr furibunden Schmerzen hatten wesentlich nachgelassen, doch waren alle Knochen äusserst druckempfindlich. Die Patellarreflexe waren nicht herabgesetzt. Eine electrische Untersuchung wurde leider nicht gestattet.

Tuberculose des Knochensystems könnte als localisirte Becken- oder Wirbelsäulencaries zu kurz dauernden diagnostischen Zweifeln Veranlassung geben. Die Beschränkung der Schmerzhaftigkeit auf einzelne Stellen am Becken resp. auf einzelne Wirbel, der Nachweis von Senkungs- oder anderweitigen kalten Abscessen, das Bestehen einer allgemeinen Dyskrasie und speciell bei Spondylitis das Auftreten angulärer Kyphose mit unverhältnissmässig grosser, keineswegs nur die Hüftgelenksbeuger betreffender motorischer Insufficienz der unteren Extremitäten, das Auftreten von Contracturen bei längerem Liegen dürften eine Verwechslung ausschliessen.

Ostitis deformans (Paget [43], Stilling [65], Recklingshausen [50] etc.) zeichnet sich durch allmähliche Verkrümmung der unteren Extremitäten, besonders der Tibien, mit frühzeitiger Zunahme des Schädelumfanges und Verdickung der besonders schmerzhaften Knochen aus (eigene Beobachtung).

Senile Osteoporose geht in der Regel mit auffallender Knochenbrüchigkeit bei relativ geringer Schmerzhaftigkeit einher. Die einzige als Folge der Osteoporose auftretende Skelettverbildung pflegt „der Greisenrücken“ zu sein. Die Unterscheidung von beginnender seniler Osteomalacie ist nicht immer leicht.

Rhachitis tritt wohl nur ausnahmsweise in einem Alter auf das die Möglichkeit der Entwicklung von Osteomalacie bietet. Einen Fall von Knochenerweichung, der von anderer Seite (Orthner [42]) als Spätrhachitis (Beginn der Erkrankung im 15. Lebensjahr) aufgefasst worden war, habe ich in der hiesigen Gesellschaft der Aerzte demonstrirt. Mangel von Epiphysenauftreibungen, die Art der Skelettveränderungen (Becken), die Druckempfindlichkeit der Knochen, das Bestehen von Adductorencontractur, endlich das eventuelle Fortbestehen der Krankheit nach vollendetem Knochenwachsthum sind für Osteomalacie characteristisch.

Wir haben noch einer aetiologisch nicht ganz klargestellten Verbildung am Knochensystem zu gedenken, die, unter dem Namen Coxa vara zuerst von Müller [38], Kocher [24], Hofmeister [19], später von Schnitzler [57] und Anderen beschrieben, in einer Verbiegung des Schenkelhalses besteht. Ausser einfachem Höherrücken des Trochanters mit Annäherung der Schenkelhalsaxe an die Horizontale werden gelegentlich complicirte Gestaltveränderungen des Schenkelhalses (S-förmige Verkrümmung,

Biegung nach vorne und oben, oder hinten und oben) beobachtet. Die Verbildung, die von Hofmeister mit dem Genu valgum infantum und dem Genu valgum adolescentium in Paralelle gestellt wird, zeigt als die beiden Hauptsymptome Gehstörungen und Abductionsbehinderung. Der Typus der Gehstörungen hat grosse Aehnlichkeit mit dem der osteomalacischen. Nachdem auch Druckempfindlichkeit der Hüften vorkommen kann. wird ein scharfes Auseinanderhalten der beiden Krankheitsbilder unter Umständen mit Schwierigkeiten verbunden sein, besonders da Coxa vara in jedem Alter auftreten können.

Die besonders von Hofmeister (20) betonte Thatsache, dass die Osteomalacie zu Schenkelhalsverbiegung führen kann, worauf ich übrigens schon im Jahre 1894 hingewiesen habe, erscheint geeignet, die Differentialdiagnose beider Krankheiten zu verwirren, besonders wenn man sich nach dem Beispiele Hofmeister's mit dem Nachweise eines geringen Trochanterenhochstandes (in Beziehung zur Roser-Nélaton'schen Linie) und der Abductionsbehinderung behufs Stellung der Diagnose Coxa vara begnügt. Die Unzulässigkeit eines derartigen Vorgehens habe ich ausführlich in den „Verhandlungen d. deutschen Gesellsch. f. Gynaecologie, 1895" beleuchtet. Abgesehen von einer Reihe von Momenten, welche die Diagnose nach der einen oder anderen Richtung sicherstellen können (z. B. Druckempfindlichkeit der Rippen, osteomalacische Beckenverengerung, sehr bedeutender Trochanterenhochstand bei Mangel sonstiger Skelettveränderungen etc.), ist das Hauptgewicht auf die verschiedenen Ursachen der Abductionsbehinderung bei Osteomalacie und Coxa vara zu legen. Im ersten Falle haben wir es mit Adductorencontractur, im zweiten mit Knochenhemmung als Folge der Verbildung zu thun. Die musculäre Hemmung verschwindet in der Narcose, die knöcherne nicht. Ebenso wie das Gleichbleiben der Abductionsfähigkeit in- und ausserhalb der Narcose nach Hofmeister für Coxa vara characteristisch ist, so ist es die Zunahme derselben in Narcose für die Osteomalacie.

Ein Leiden, dessen differentialdiagnostische Bedeutung in Bezug auf Osteomalacie mehrfach erwähnt wird, ist die Zerreissung der Beckengelenke. Nachdem eine solche nur bei gleichzeitiger Symphysenruptur möglich ist — die zu übersehen wohl ein grober Verstoss wäre —, können wir von einer eingehenderen Betrachtung der gemeinschaftlichen und unterscheidenden Merkmale beider Zustände füglich absehen.

Last not least bleibt uns noch die Besprechung der Gelenkprocesse, die zu Verwechslungen mit Osteomalacie verleiten können. Es ist von mir und schon vorher von Anderen darauf hingewiesen worden, dass die, wenn ich mich so ausdrücken darf, allgemein üblichen Fehldiagnosen, unter welchen die Osteomalacischen geführt zu werden pflegen, in die Gruppe der spinalen oder noch häufiger der Gelenkserkrankungen fallen. Oft genug halten sich die Patienten selbst für gichtkrank.

Thatsächlich kann es unter bestimmten Verhältnissen schwierig sein, chronische oder deformirende Arthritis und beginnende Knochenerweichung auseinander zu halten. Gewöhnlich ist die Unterscheidung relativ leicht, weil die chronische Arthritis mehrere Gelenke befällt, an denen dann sinnfällige Veränderungen auftreten. Dass dieses Merkmal aber mit Vorsicht verwendet werden muss, lehren jene Fälle von Osteomalacie, die mit chronisch-entzündlichen — wie ich annehme, specifisch osteomalacischen — Gelenksveränderungen einhergehen. Ich habe solche Fälle nicht selten gesehen und auf dieselben seinerzeit verwiesen. Freilich wird in der Regel der Nachweis anderer, sicher auf Osteomalacie zu beziehender Symptome die Sachlage klären. Schwieriger wird die Differentialdiagnose, wenn chron. Gelenksentzündung zu Beweglichkeitsbeschränkung in den Hüftgelenken (Abductionsbehinderung) geführt hat, ohne dass andere Gelenke ergriffen wären. In solchen Fällen pflegt immer die motorische Kraft der unteren Extremitäten ganz wesentlich harabgesetzt zu sein. Der Gang solcher Patienten kann dem der Osteomalacischen zum Verwechseln ähnlich sehen. Tritt noch Erkrankung der Wirbelgelenke mit consecutiver Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und eventueller Gestaltsveränderung derselben (bogenförmige Kyphose) hinzu, so kann eine sichere Diagnose auch bei längerer Beobachtungsdauer sehr schwer werden. Einen werthvollen Untersuchungsbehelf liefert in solchen Fällen wieder die Narcose, insofern durch dieselbe der Nachweis der bestehenden Hüftgelenksveränderungen (Gestaltsveränderung bei Arthritis deformans, Adhäsionsbildung bei Arthr. chron.) wesentlich erleichtert wird. Besonders characteristisch ist für die Arthritis chronica das plötzliche Nachgeben der bindegewebigen Adhäsionen unter lautem Krachen und die hierdurch ermöglichte Steigerung der Abductionsfähigkeit ad maximum.

Ist der Nachweis eines Gelenkprocesses erbracht und fehlen manifeste Zeichen der Osteomalacie (Druckempfindlichkeit der Rippenbögen etc., Beckenverengerung), so werden wir trotz Abductionsbehinderung, Gehstörungen, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, eventuell in letzter Zeit entstandener Kyphose, berechtigt sein, die Diagnose auf Arthritis zu stellen.

Wenn wir die Reihe jener Krankheiten überblicken, die in ihrer differentialdiagnostischen Beziehung zur Osteomalacie erwähnt zu werden verdienen, so finden wir, dass vornehmlich die Hysterie, die Carcinomatose der Knochen und die chronische, resp. die deformirende Arthritis hier in Betracht kommen.

Für zweifelhafte Fälle sei die Erhebung eines genauen Anamnese, längere Beobachtung, Untersuchung in Narcose, eventuell die Einleitung der für Osteomalacie specifischen Phosphorbehandlung empfohlen. Gelegentlich wird man auch hier erst ex juvantibus die Diagnose stellen können.

Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen (von Göbel [16] als diagnostisches Mittel bei beginnender O. empfohlen) wird bei dem heutigen Stande der Technik wohl zur Unterscheidung der Osteomalacie von Carcinomatose, Myelom, Lymphadenia ossium, Ostitis deformaus, vielleicht auch Arthritis deformans mit Vortheil zu verwenden sein, weil diese Processe deutliche Bilder der durch sie veranlassten Veränderungen am Knochen oder an den Gelenksenden geben dürften. Die osteomalacischen Knochen geben überzeugende Bilder nur bei vorgeschrittenerem Leiden (Zunahme der Markhöhle, Dünne und vermehrte Durchlässigkeit der Corticalis), wie ich mich durch zahlreiche Versuche überzeugte. Diese Stadien der Knochenerweichung sind aber stets schon ohne Röntgenuntersuchung unfehlbar zu erkennen.

Die Therapie der Osteomalacie, bis vor einem Jahrzehnt eines der unfruchtbarsten Probleme der Medicin, hat seit Fehling's Entdeckung des heilenden Einflusses der Castration einen ungeahnten Aufschwung genommen. Zwar hat es schon vor Fehling an geheilten Fällen von O. nicht gefehlt. Eine sichere Methode aber, diese häufig genug unaufhaltsam fortschreitende Krankheit zum Stillstand, zur Heilung zu bringen, existirte nicht.

Aus dem ganzen Wust der zur Behandlung der Knochenerweichung theils empirisch, theils auf Grund theoretischer Conclusionen herangezogenen Mittel verdienen nur einige wenige genannt zu werden.

An erster Stelle sei hier des Leberthrans gedacht, den Trousseau als sicheres Heilmittel gegen Osteomalacie bezeichnete. Er berichtet selbst über zwei geheilte Fälle. L. Winckel senior, ein um dieses Capitel der Medicin hochverdienter Forscher hat Leberthran, besonders mit einem Zusatze von vinum colchici in zahlreichen Fällen verwendet und Erfolge erzielt[1]). Endlich berichtet neuester Zeit Siber (60) über eine continuirliche Serie von 22 Heilungen durch dieselbe Combination.

Unter den internen Mitteln hat lange Zeit das aus Calc. carbonica, Calc. phosphor. und Fe. carbon. zusammengesetzte Pulvis Hassii einen hervorragenden Rang eingenommen. Ja Fehling (7) geht so weit, diesem vollkommen unverlässlichen Mittel, das kaum je einmal Heilung eines halbwegs schweren Falles von Osteomalacie bewirkte, nächst der Castration am meisten Vertrauen zu schenken. Ich habe s. Z. darauf hingewiesen, dass die spärlichen, einwandsfreien Erfolge mit Pulvis Hassii auf den Gehalt desselben an Phosphorsäure beruhen dürften, die in 800—1000facher Dosis eine ähnliche Wirkung auf den Knochen entfaltet, wie Phosphor.

Warme Bäder, besonders Soolbäder beeinflussen den Verlauf der Knochenerweichung zweifellos günstig. Die Bäderbehandlung hat daher als Palliativtherapie eine Reihe eifriger Vertreter gefunden (Gelpke [14], Löhlein [35], Weisz [80]).

[1]) Citirt nach F. v. Winckel (81).

Dass ausnahmsweise auch definitive Heilung nach Badecuren eintreten kann, ist mir aus eigener Erfahrung bekannt.

Bei der Beurtheilung der mitgetheilten, durch Medication erzielten Erfolge ist immer darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Osteomalacie in jedem Stadium — in den vorgeschritteneren allerdings selten — spontan ausheilen kann. Besserung der äusseren Verhältnisse, Aufhören weiterer Schwängerungen, unbekannte Ursachen sind hier mitbetheiligt. Solche therapeutische Erfolge, die sich an eine Remission des Processes anschliessen, sind stets mit Vorsicht zu verwerthen.

Wie überall nahmen und nehmen auch in der Behandlung der Osteomalacie die Bestrebungen, die supponirte causa morbi zu entfernen oder wenigstens schädliche Einflüsse auszuschalten, einen breiten Raum ein. Und thatsächlich kann bei einer Osteomalacischen das Beziehen einer trockenen warmen Wohnung, die Verbesserung der Kost, das Aufgeben eines mit bedeutender, körperlicher Anstrengung oder hygienischen Uebelständen verbundenen Berufes, die Verhütung fernerer Conception nicht nur prophylactisch in Bezug auf das Fortschreiten der Krankheit, sondern geradezu heilend wirken. Allen diesen Anforderungen entspricht am besten der Aufenthalt in einem guten Krankenhause, dessen günstiger Einfluss von allen Beobachtern anerkannt wird.

Als diejenige Therapie, welche uns zuerst in den Stand setzte, die Osteomalacie fast in jedem Stadium der Krankheit mit grösster Wahrscheinlichkeit des Erfolges zu bekämpfen, muss zweifellos die Castration bezeichnet werden. Die Entdeckung dieses Heilmittels verdanken wir Fehling; sie beruht auf der schon vorher von Anderen gelegentlich gemachten Beobachtung, dass die Knochenerweichung nach dem mit supravaginaler Amputation des Uterus verbundenem Kaiserschnitt (Porro-Operation) ausheilt. Erst Fehling hat in klarer Erkenntniss des Zusammenhanges zwischen Operation und Heilung der Krankheit den weiteren Schritt gethan und die Entfernung der Ovarien als zielbewusste Therapie der Osteomalacie versucht. Als Vorläufer Fehlings verdienen Levy (33) und Fochier (13) genannt zu werden, die denselben Gedanken schon vorher ausgesprochen hatten, allerdings ohne denselben in die That umzusetzen. Die glänzenden Erfolge, die Fehling und nach ihm zahlreiche andere Fachgenossen mit der Castration erzielten, haben derselben allerorten begeisterte Anhänger verschafft. Mehr als hundert Fälle von Oophorectomie bei Knochenerweichung sind in der Litteratur niedergelegt und bilden eine glänzende Rechtfertigung des kühnen Gedankenganges, der Fehling bei seinem ersten Versuche leitete. Allerdings sind auch hier Zweifler oder, besser gesagt, nüchterne Beobachter erstanden, die davor warnten, die fast stets mit räthselhafter Raschheit — nach Tagen, ja Stunden — einsetzende subjective und objective Besserung mit Heilung zu identificiren und demgemäss eine längere Beobachtungsdauer zur Constatirung des „Dauererfolges“ verlangten. Diese Forderung ist insofern

berechtigt, als Heilungen in wenigen Monaten, wie sie mehrfach kurze Zeit nach vorgenommener Operation publicirt wurden, den Verdacht erwecken, als ob die betreffenden Autoren den Begriff der Osteomalacieheilung nicht genügend präcise definiren würden und sich dementsprechend mit objectiv constatirter Besserung und subjectiver Euphorie der Operirten hätten genügen lassen.

Um einen gemeinsamen Maassstab für Erfolge, die auf verschiedenem Wege von verschiedenen Beobachtern erreicht wurden, zu gewinnen, erscheint es mir zunächst geboten, sich über die Frage zu verständigen: Was verstehen wir unter Heilung der Osteomalacie? Diese Frage ist bisher stricte nur von Sternberg (64), v. Winckel (83, 84, 85) und Fehling (8) gestellt und verschieden beantwortet worden. Sternberg verlangt Consolidation der Knochen und Wiedererlangung des verlorenen Gehvermögens; F. v. Winckel keine Spur von Schmerzen, von Nachgiebigkeit des Skeletts; Fehling endlich fordert völlige Geh- und Erwerbsfähigkeit ohne Schmerzen im Becken etc., Fehlen stärkerer Druckempfindlichkeit; eine mässige Druckempfindlichkeit bei innerer Untersuchung bedeute keinen Misserfolg; natürlich dürfe das Becken nicht federn.

Ich glaube, dass wir billigerweise nicht mehr verlangen können, wie der pathologische Anatom. Consolidirung des Skeletts, die klinisch nicht nur an dem Mangel jeglicher Elasticität, sondern auch durch das Fehlen irgend einer das normale Maass übersteigenden Druckempfindlichkeit der Knochen erkannt wird, ist für mich gleichbedeutend mit Heilung.

Hiermit ist in der Regel vollkommene Wiederherstellung der Gehfähigkeit verbunden. Doch erfährt die letztere in Fällen mit hochgradiger Cachexie, mit bedeutenden Verbiegungen der unteren Extremitäten, mit eventueller Verlagerung des Schwerpunktes bei nicht genügend compensirten Kyphosen eine Einschränkung. Ich kenne einen Fall von seit Jahren bestehender Spontanheilung einer ausserordentlich schweren Osteomalacie, in dem keine Spur von Biegsamkeit oder Empfindlichkeit der Knochen nachzuweisen ist, in dem subjective Beschwerden vollkommen fehlen mit Ausnahme einer durch die nicht wieder ausgeglichene Muskelatrophie bedingten allgemeinen Schwäche. Ich kenne ferner einen Fall von Porro-Operation wegen absoluter osteomalacischer Beckenenge, der trotz vollkommener Heilung an einen Rollstuhl gefesselt ist, in dem die Frau ihre häuslichen Verpflichtungen absolvirt. Die unteren Extremitäten sind hier ad maximum adducirt, gekreuzt, so dass dem Gehact unüberwindliche mechanische Hindernisse im Wege stehen. In einem dritten Falle von durch Phosphor geheilter Osteomalacie endlich ist die Haltung der Patientin eine so vornübergebeugte, dass dieselbe nicht im Stande ist, ohne Stütze zu gehen oder zu stehen.

Nie bietet aber ein Fall, wie die eben beschriebenen, jene Eigenthümlichkeiten der Gangart, welche dem letzteren den Charakter des typisch osteomalacischen Entenganges verleihen.

Dies konnte glaublich erscheinen, so lange als Ursache der Gehstörungen bei Osteomalacie die bestehenden Skelettveränderungen angesehen wurden, so lange die isolirte Ileo-psoasparese nicht als Ursache derselben erkannt war. Thorn [67, 69] findet es natürlich, dass eine durch Castration geheilte Osteomalacische noch watschelt, wie er glaubt in Folge der veränderten Stellung der unteren Extremitäten. Auch Schauta [52, 53] nimmt an, dass nach vollkommener Heilung die horizontale Gangart beibehalten werden könne. Dem gegenüber muss ich betonen, dass ich Derartiges auch in den schwersten Fällen nie gesehen habe. Wenn Gehstörungen aus mechanischen Ursachen nach Heilung der Knochenerweichung zurückbleiben, so besteht zwischen dem Gange einer derartigen Patientin vor und nach der Heilung immer ein auffallender Unterschied.

Dieselben Ursachen, welche die Gehfähigkeit geheilter Osteomalacischer einschränken, werden in noch höherem Maasse deren Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, die daher kein absolut verlässliches Kriterium für die Vollständigkeit des erzielten Heilerfolges darstellt. Volle Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wie sie Fehling und v. Winckel [84] von jeder geheilten Osteomalacie verlangen, ist eben nicht in jedem Falle zu erzielen, auch wenn die anatomische Heilung der Knochenerweichung sonst feststeht.

Wenn ich nach dem Gesagten eine genügende Beobachtungsdauer für unerlässlich halte, innerhalb derer eine vollständige Heilung zu Stande kommen kann, so muss ich doch die Forderung eines fixirten Zeitraumes von wenigstens einem Jahr (v. Winckel [83], nach constatirter Heilung, vor welchem man von einem „Dauererfolg“ nicht sprechen könne, entschieden ablehnen. Recidive können unter dem Einflusse neuerlicher Schwangerschaften, feuchter Wohnungen und dgl. nach einem Jahr ebensowohl eintreten, wie nach fünf oder zehn. Eine Beobachtungsdauer, die eine Gewähr für das Nichteintreten von Recidiven leisten könnte, existirt nicht. Andererseits sehen wir solche nach wirklich vollständiger Heilung, die allerdings auch nach Castration viele Monate, selbst Jahre beansprucht, ungemein selten. Die Sache steht hier nicht wie bei der Operation maligner Neubildungen, von denen wir wissen, dass die überwiegende Anzahl im Verlaufe der nächsten drei Jahre recidivirt, oder wie bei der Behandlung der Syphilis, deren Vorliebe für Recidiven ebenso bekannt ist. Eine geheilte — nicht fast geheilte, oder wesentlich gebesserte — Osteoamlacie bleibt in der Regel geheilt; die Einführung des Begriffes der „Dauerheilung“ in die Pathologie der Osteomalacie erscheint mir daher nicht nur überflüssig, sondern direct verwirrend.

Eine strenge Kritik der publicirten Castrationen nach den eben entwickelten Grundsätzen lässt zwar die erzielten Erfolge nicht so glänzend erscheinen, wie sich dieselben im ersten Rausch der Begeisterung dargestellt hatten, doch noch immer so gut, dass die Castration noch heute den meisten Autoren als sicherste

Therapie der Osteomalacie gilt. In der That muss man gestehen, dass 80 Percent Heilungen oder wesentliche Besserungen bis vor Kurzem durch keine andere Behandlung zu erzielen waren. An diesen Resultaten mag man die Trostlosigkeit der früheren, curativen Bestrebungen gegen das Fortschreiten der Knochenerweichung messen.

Was Wunder, wenn die Anhänger der gewiss nicht ungefährlichen operativen Behandlung der Osteomalacie (7 Percent Mortalität der publicirten Fälle), Fehling [7] an der Spitze, die interne Therapie der letzteren nur als unsichere Palliativbehandlung angesehen wissen wollen, durch die es in Verbindung mit günstigen hygienischen Verhältnissen manchmal gelinge, „die Krankheit Jahre lang aufzuhalten, selbst zu heilen". Dass dieser Standpunkt vollkommen unhaltbar geworden ist, glaube ich durch meine auf dem Gynaecologen-Congress zu Wien erstattete, mit Demonstration geheilter Fälle verbundene Mittheilung über meine Erfolge durch Phosphortherapie bei Osteomalacie nachgewiesen zu haben.

Bevor ich auf diesen Punct näher eingehe, möchte ich auf die von Petrone [45] vorgebrachte Behauptung, dass die Chloroformnarcose das eigentlich wirksame Agens bei der Castration sei, noch einmal kurz zurückkommen, nachdem mehrere Autoren, die sich in ihren Quellenstudien hauptsächlich auf Referate zu beschränken scheinen, mich consequent als Vorkämpfer der Theorien Petrone's ansehen und citiren. Ich verweise demgegenüber auf meine in No. 28 und 29 der Wiener klin. Wochenschr. 1894 niedergelegten Untersuchungen über den Einfluss der Chloroformnarcose auf die Osteomalacie, als deren Resultat der gesperrt gedruckte Satz zu betrachten ist:

„Die Ansicht Petrone's, die Chloroformnarcose sei das allein Wirksame bei der Castration, erscheint nach dem Ergebniss meiner Versuche vollkommen unhaltbar, ..."

Allerdings stehe ich auch heute noch auf dem Standpuncte, dass die Chloroformnarcose in einzelnen Fällen den Verlauf der Osteomalacie überraschend günstig beeinflusst, ja dass Heilung der letzteren nur durch Chloroformnarcose zweifellos vorkommen könne. Wenn ich dieselbe trotzdem nur ausnahmsweise therapeutisch verwende, so hat dies seinen einfachen Grund darin, dass uns eine andere sicherere und ungefährliche Methode der Osteomalaciebehandlung zu Gebote steht, und das ist die Phosphortherapie.

Dieselbe wurde zuerst von Mosengeil [37] i. J. 1874 auf Grund der bekannten Versuchsergebnisse Wegner's [78] mit Erfolg bei einem Falle angewendet. Zwei weitere Heilungen hat W. Busch [1] im Jahre 1882 mitgetheilt. Es folgten dann — wesentlich unter dem Einfluss der günstigen Berichte von Kassowitz [22] und Anderen über die erfolgreiche Phosphortherapie der Rhachitis — eine Reihe anderer Kliniker, die über Heilungen schwerer Osteomalacieen durch monatelang fortgesetzten

Phosphorgebrauch, zumeist in der von Kassowitz für Kinder berechneten Dosirung, berichten konnten. Kassowitz selbst hat übrigens den Phosphor gegen O. theoretisch empfohlen, ohne von den schon erzielten Erfolgen zu wissen. Alles in allem existirten 7 publicirte Fälle von durch Phosphor geheilter Osteomalacie, als Sternberg i. J. 1892 an der Hand von vier genauen, durch Abbildungen belegten Krankengeschichten den Nachweis erbrachte, dass Phosphor in entsprechender Dosirung genügend lange Zeit angewandt „ein directes und definitives Heilmittel der Osteomalacie darstellt".

Diesen eilf geheilten konnte ich i. J. 1893 eilf weitere geheilte oder wesentlich gebesserte Fälle aus eigener Beobachtung hinzufügen. Meinen Standpunct zur Frage der Osteomalaciebehandlung habe ich in zwei weiteren Arbeiten aus den J. 1894 und 1895 praecisirt. In der letzteren Publication habe ich über 28 mit Phosphor behandelte, wenigstens ein Jahr lang beobachtete Fälle unter genauer Angabe der angewendeten Phosphordosen referirt; von diesen mussten damals 15 als geheilt, 10 als gebessert und 1 als ungeheilt bezeichnet werden. 1 Fall hatte sich der Behandlung entzogen, einer war an medicamentöser Phosphorvergiftung (irrthümliche Verabreichung der 3fachen Maximaldosis) zu Grunde gegangen.

Wenn ich die einzelnen Fälle nach der alphabetischen Reihenfolge ihrer Namen in das folgende Schema einfüge, so ergiebt sich ein lehrreicher Vergleich der damaligen und der heutigen Resultate.*)

	1895		1897	
	Bezeichnung der Fälle	Sa.	Bezeichnung der Fälle	Sa.
Geheilt	2, 3 (laut Obductionsbefund) **7**, 9, 11, 12, 13, **15**, 18, **19**, 20, **21**, 24, 25, 26	15	**1**, 2, 3, **7**, **8**, 9, **10**, 11, 12, 13, 18, 20. **22** (Sectio caesarea an der geheilten Frau). **23**, 24, 25, 26. **27**	18
Gebessert	**1**. 4. **5**, **6**, **8**, **10**. **16**, **22**, **23**, **27**	10	4, **17**	2
Ungeheilt	**17**	1	**6**	1
Gestorben	14 (Phosphorvergiftung)	1	14, **15** (Typhus, Osteomalacierecidiv) **16** Herzfehler, O. gebessert)	3
AusserBeobachtung	28	1	**5**. **19** (Irrenhaus), **21**, **28** (inzwischen von anderer Seite mit unbekanntem Erfolg castrirt)	4

*) Diejenigen Fälle, die sich seit 1895 verändert haben, sind durch fetten Druck hervorgehoben.

Von den damals geheilten Fällen haben sich zwei (19, 21) weiterer Beobachtung entzogen; einer (15) ist nach vielmonatlicher intercurrenter Krankheit (apoplectische Lähmung) an Typhus gestorben. Die Section ergab das Vorhandensein eines vorher schon klinisch festgestellten Osteomalacierecidivs.

Von den Gebesserten hat sich eine (5) weiterer Beobachtung entzogen. Eine (4), die nur unregelmässig Phosphor einnahm, blieb wesentlich gebessert. Eine (16) ist an Herzfehler plötzlich gestorben; dieselbe fühlte sich bis zu ihrem Tode in Bezug auf ihre Osteomalacie sehr wohl. Eine Patientin (6), die in einer sehr nassen Wohnung wohnt (Wirthin) befindet sich wieder wesentlich schlechter. Ich habe sie unter die Ungeheilten gezählt. Sechs Patientinnen endlich (1, 8, 10, 22, 23, 27) sind d. Z. geheilt.

Die damals ungeheilte Frau (17) ist wesentlich gebessert.

Von 23 Fällen die heute in Betracht kommen (von 5, 14, 19, 21, 28 sehe ich ab), sind 18 (78 pCt.) geheilt, 3 (13 pCt.) gebessert (Fall 16 mitgerechnet), 2 (9 pCt.) ungeheilt (Fall 15 mitgerechnet).

Von den ungeheilten Frauen (Recidiven) lebt eine unter ausserordentlich ungünstigen Wohnungsverhältnissen, während die Verstorbene monatelang apoplectisch gelähmt war, bevor Recidiv eintrat.

Besonders hervorzuheben ist, dass von 10 im Jahre 1895 gebesserten Frauen d. Z. 6 geheilt sind und dass auch die damals ungeheilte nunmehr wesentlich gebessert ist.

Wenn wir die Beckenverengerung als — allerdings nicht absolut verlässlichen — Maassstab für die Schwere der Erkrankung annehmen, so sind die Fälle 1, 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 20, 21 leichte, die anderen durchwegs schwere.

Bis zum August 1897 habe ich weit mehr als 100 Osteomalacien mit Phosphor behandelt; nur 11mal habe ich aus verschiedenen später zu erörternden Gründen die Castration ausgeführt.

Nach meinen bisherigen Erfahrungen glaube ich nun zu dem Ausspruche berechtigt zu sein, dass die Phosphortherapie an Sicherheit des endgiltigen Erfolges der Castration mindestens ebenbürtig, vielleicht sogar überlegen ist. Dieselbe hat sich mir übrigens auch bei viriler Osteomalacie trefflich bewährt. Die gleiche Erfahrung hat v. Weismayer [87] gemacht.

Es mehren sich auch in neuerer Zeit die Beobachtungen anderer Autoren, welche die ausgezeichnete Wirkung des Phosphors bei Osteomalacie bestätigen. So berichtet Weil [79] über 2, Fischer [10, 11, 12] über 4 nur durch Phosphor geheilte Fälle. An den Wiener Krankenanstalten sind eine ganze Reihe von Heilungen durch dasselbe Mittel von Schlesinger [54] und Anderen erzielt worden.

Die Erklärung für die von verschiedener Seite behaupteten negativen oder ungenügenden Erfolge liegt in erster

Linie an der schon von Sternberg betonten Anwendung zu kleiner Phosphordosen. Es kommt zwar vor, dass einzelne Fälle schon auf die von Kassowitz für die Rhachitis der Kinder angegebene Dosirung*) günstig reagiren; doch wird man sich im Allgemeinen nicht wundern dürfen, wenn bei Erwachsenen die Verabreichung solcher minimaler Phosphormengen, wie sie für Säuglinge angezeigt sind, gar keinen Erfolg erzielt.

Ein weiterer Grund für Misserfolge bei Anwendung der Phosphortherapie liegt darin, dass das Mittel viel zu kurze Zeit gegeben resp. genommen wird. Die Abneigung vieler Patienten gegen die widerliche Medication ist sehr begreiflich. Manche Kranke ist eher zur Operation als zu jahrelang ununterbrochen fortgesetztem Einnehmen eines Geruch, Gaumen und Magen gleichzeitig in Mitleidenschaft ziehenden Mittels zu bewegen. Und auf das ununterbrochene Mediciniren kommt es in erster Linie an. Mancher Misserfolg erklärte sich mir nach monatelanger Beobachtung durch das Geständniss der Patientin, dass sie den Gebrauch des Phosphors von Zeit zu Zeit aussetze. Hierzu kommt noch, dass viele Kranke, die im Durchschnitt schon in Folge ihrer lang dauernden Arbeitsunfähigkeit zu den Aermsten der Armen gehören, die geringen Kosten der Medication unerschwinglich finden. Beistellung des Medicamentes, fortwährende Controle, immer wiederholte Aufklärung und Ermahnung sind die Mittel, welche das monate- und jahrelang consequent fortgesetzte Einnehmen, damit aber auch den fast sicheren Erfolg verbürgen. Richtig ist, dass letzterer in der Regel langsamer eintritt, als nach Castration. Das kann und darf aber nicht hindern, sich einer Behandlungsmethode zuzuwenden, die bei mindestens gleich sicherem Enderfolge den Mangel an Gefahr und die in einer ganzen Reihe von Fällen ohne Beckenverengerung wünschenswerthe Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit voraus hat. Um den zuletzt erwähnten Vortheil richtig zu schätzen, darf man sich natürlich unter einer Osteomalacischen nicht gleich eine verkrüppelte Zwergin vorstellen; auch ist dazu eine Voraussetzung nothwendig, nämlich, dass die vollendete Heilung dem ungünstigen Einflusse einer neuerlichen Schwangerschaft Stand halte. Dies ist nun thatsächlich der regelmässige Fall. Und wenn schon Exacerbationen eintreten, so sind dieselben so leicht, dass sie weder die Consistenz des Skeletts wesentlich vermindern, noch zu bedeutenderen subjectiven Beschwerden Veranlassung geben. Dies gilt für Heilungen durch Phosphor, ebensowohl wie für andere. Ich kann für diese Behauptung nicht nur meine eigene Erfahrung, sondern auch Beobachtungen aus der Litteratur (F. v. Winckel [81], Fischer [11], Sippel [61], Weber [77] v. d. Bussche-Haddenhausen Fall 6 [2]) ins Feld führen. Auch Sternberg's Fall 1 gehört hierher. Fehling's Behauptung, dass die medicamentös behandelte Osteomalacie leicht rückfällig

*) Phosphor 0·01 — Ol. jecor. asell. 100·0. — Täglich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

wird, hat für durch Phosphor geheilte Fälle bestimmt keine Giltigkeit und wenn sich dieser Autor auf den eben erwähnten Sternberg'schen Fall beruft, so geschieht dies entschieden irrthümlich. Die betreffende Gravide wurde wegen absoluter Beckenenge caesarirt und starb; der Sectionsbefund Prof. Kundrat's ergab ein in den Rindenschichten consolidirtes Becken.*) Das letztere zeichnet sich, wie ich aus eigener Erfahrung weiss, durch seine Schwere vor normalen Becken aus, während florid osteomalacische Becken wesentlich leichter sind als normale.

Aus meiner eigenen Erfahrung geht sicher hervor, dass auch schwere Fälle von Osteomalacie, wenn die durch Phosphor erzielte Heilung nur eine vollständige ist, weitere Schwangerschaften sehr gut vertragen. Ich verfüge über zwei Fälle, die während der seit einigen Jahren bestehenden Heilung jede zweimal, theils am normalen Schwangerschaftsende spontan, theils durch künstliche Frühgeburt lebende Kinder gebaren, ohne dass die Schwangerschaft von Recidive gefolgt gewesen wäre. In einem anderen Falle habe ich vor Kurzem bei Querlage die Wendung mit nachfolgender, wegen Unnachgiebigkeit des leicht verengten Beckens schwieriger Extraction ausgeführt. Es bestand nicht die Spur eines Rückfalles. In einem Falle mit hochgradiger Beckenverengerung habe ich die Porro-Operation mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind ausgeführt; die Schwangerschaft war eine vollkommen ungestörte. Der Grund, welcher mich in diesem Falle zur Sterilisation der Frau veranlasste, war nicht so sehr die Furcht vor einer möglichen Recidive, als die vorhandene absolute Beckenenge. Bei Sectio caesarea aus absoluter Indication schliesse ich aber regelmässig die Porro-Operation an.

Einen Einwurf möchte ich unter allen Umständen zurückweisen, dass nämlich die Phosphortherapie wohl bei leichten, nicht aber „bei mittel- und ganz schweren Fällen, die Castration entbehrlich mache" Gelpke [15]. Ich habe gelegentlich des Gynaecologen-Congresses 1895 ein macerirtes, vollkommen solides, Y-förmiges Becken demonstrirt, das einer durch Phosphor in fünf Monaten geheilten 118 cm hohen Osteomalacischen entstammte, die vier Jahre nur sitzend oder liegend verbracht hatte. Unter meinen Fällen befinden sich unter vielen schweren (circa 30 mit absolut verengtem Becken) zwei, die jetzt vollkommen geheilt, vorher 11 resp. 9 Jahre ununterbrochen zu Bette gelegen waren. Unter solchen Umständen erscheint es mir geradezu unfassbar, wenn aus einzelnen Kliniken ganze Reihen von Castrationen bei Osteomalacie veröffentlicht werden, ohne dass in einem einzigen Falle der conservative Weg zum Ziel geführt hätte (Polgar [47], Löhlein [36], Neumann [39], v. d. Bussche-Haddenhausen [2], v. Vélits [75]. Es hat doch gar keinen Sinn, einer derart radicalen Indicationsstellung ein conservatives Mäntelchen umzuhängen, indem man sagt: Die Castration ist indicirt, wenn die interne Behandlung versagt hat. In der Mehrzahl der eben er-

*) Siehe Sternberg [64] S. 49. S. A.

wähnten, castrirten Fälle war eine interne Medication doch nicht oder nicht in entsprechender Art und Weise versucht worden.

Um die Richtigkeit dieser Behauptung darzuthun, braucht man nur diejenigen Fälle etwas genauer zu betrachten, die den enragirten Anhängern der Castration die Erfolglosigkeit oder wenigstens Unsicherheit der Phosphortherapie zu erweisen scheinen. Es sind dies die Fälle Thorn's [67], Stern's [62] und Preindlsberger's [48]. Thorn beschreibt 2 Fälle von Osteomalacie. Der erste wurde castrirt, nachdem er vom 25. VIII. bis 9. XI. in Beobachtung medicamentöser Behandlung gestanden war. Th. schreibt hierüber: „Ich verordnete zunächst roborirende Diät, Eisen, später Arsen und zuletzt Phosphor ohne jeglichen Effect; der Zustand war nachgerade ein bedrohlicher geworden, der letale Ausgang mit Sicherheit zu erwarten." Aus der Beschreibung geht hervor, dass die Patientin insgesammt durch $2^1/_2$ Monate mit verschiedenen Mitteln, darunter gewiss nicht allzulange mit Phosphor behandelt wurde. Die Dosirung ist hier ebensowenig, wie in einem der folgenden Fälle angegeben. Allerdings fehlten damals (1890) genauere Erfahrungen über den Werth der Phosphortherapie und so konnte die Indication zur Castration, als der damals einzig bekannten sicheren Therapie der Osteomalacie mit Recht gestellt werden, auch wenn Thorn's Behauptung, dass sonst der letale Ausgang (nach $2^1/_2$ monatlicher Beobachtung) mit Sicherheit zu erwarten gewesen sei, füglich bezweifelt werden darf.

Von Th.'s zweitem Falle erfahren wir nur, dass er nicht besonders weit vorgeschritten gewesen sei und zur Zeit der Publication noch mit Eisen, Arsen, Phosphor etc. tractirt wurde; „bis jetzt ohne Erfolg". Derselbe scheint später keinesfalls operirt worden zu sein, da Thorn i. J. 1896 einen zweiten Fall von Castration wegen Osteomalacie publicirt [68], der mit dem eben erwähnten nicht identisch ist. Auch diese zweite Castration war vorher etwa 2 Monate lang durch einen anderen Arzt mit Phosphor erfolglos behandelt worden. Dass hier die Indication zur Castration nicht vorlag, glaube ich behaupten zu dürfen.

Stern theilt uns gleichfalls 2 Fälle von Osteomalacie mit, die beide castrirt wurden. An Fall 1 wurde vom März bis Mai 1892 „die gesammte Therapie" ohne Erfolg angewendet. Patientin erhielt Eisen, Arsen, Phosphor; ebenso Fall 2, von dem nicht einmal die Dauer der Behandlung angegeben erscheint. Wie lange im Falle 1 jedes einzelne Mittel gereicht worden war, erfahren wir nicht.

Preindlsberger berichtet endlich über einen Fall, bei welchem Phosphor 4 Monate lang erfolglos gegeben worden sein soll. Doch stand die Patientin während dieser Zeit nicht in Pr.'s Beobachtung. Angaben über Dosirung fehlen.

Wo sonst noch in der Litteratur angebliche Misserfolge in der Phosphortherapie erwähnt werden, sind die Berichte noch

ungenauer oder die Behandlungsdauer noch kürzer, als in den besprochenen Fällen.

Nichts hat der Verbreitung des Phosphors als Heilmittel gegen Osteomalacie mehr geschadet als der Umstand, dass derselbe mit den anderen internen und sonstigen conservativen Mitteln, wie sie von Alters her als Palliativtherapie der Knochenerweichung in Gebrauch standen, bis in die neueste Zeit von den meisten Autoren in einen Topf geworfen wurde.

So allein ist es zu erklären, dass z. B. Neumann (1895) die baldigste Anwendung der Castration, als des erfahrungsgemäss bestbewährten Mittels mit Beiseitelassung langwierigen Experimentirens anräth, da ein Theil der nach Castration verzeichneten Misserfolge auf verspätete Ausführung der Operation zurückzuführen sei.

Dieser radicalen Anschauung entsprechend sind an der Klinik (Tauffer) dieses Autors von 11 klinisch resp. poliklinisch beobachteten Fällen von Osteomalacie 9 castrirt worden. Den 2 übrigen widerfuhr dieses Schicksal nur deshalb nicht, weil die eine sich der Beobachtung entzog, während die andere die Operation verweigerte.

Einen ähnlichen Standpunkt wie Neumann nehmen v. Vélits und Polgár (Klinik Kezmárszky) ein. Der erstere berichtet 1894 über 10 Fälle, von denen 9 ohne vorhergehende Medication castrirt wurden. Die Operation des zehnten Falles unterblieb wegen hochgradiger Herzschwäche.

Polgár hat (1895) 7 Fälle beobachtet. Alle wurden castrirt (1 Porro-Operation mitgerechnet). „Medicamente oder ein anderes Heilverfahren wurden, mit Ausnahme des letzten Falles, bei allen Kranken angewendet" (vor der Castration) „und, einen Fall (4) ausgenommen, immer erfolglos." Die Art, wie und wie lange dies geschah, ist characteristisch.

Fall 1) erhielt 5 Monate lang Syrupus ferri albuminati.
„ 2) 11 Wochen lang Eisen.
„ 3) dasselbe Präparat durch 16 Tage.
„ 4) ist eine Porro-Operation. Vorher war $1^1/_2$ Jahre Leberthran mit sehr gutem Erfolg genommen worden.
„ 5) stand 14 Tage lang in Beobachtung.
„ 6) stand 8 Tage lang in Beobachtung.
„ 7) stand 7 Tage lang in Beobachtung.

Aber auch diejenigen Autoren, die theoretisch einen conservativen Standpunkt einnehmen, unterscheiden sich meist absolut nicht von den eben citirten, wenn es gilt, sich für eine bestimmte Therapie zu entscheiden.

v. d. Bussche-Haddenhausen (Klinik Runge) berichtet über 6 beobachtete Osteomalacien. Alle wurden castrirt (1 Porro-Operation).

v. d. Bussche-Haddenhausen schreibt: „Fast alle hatten, bevor sie sich zur Operation bewegen liessen, die verschieden-

artigsten Kuren durchgemacht; so waren zwei z. B. Jahre lang mit Leberthran und Phosphor behandelt worden, ohne dadurch mehr wie vorübergehende Linderungen zu verspüren.“ Dann einige Seiten weiter: „Aber wir müssen doch sagen, wenngleich die vier Fälle Sternberg's, die alle in relativ kurzer Zeit durch den energischen Gebrauch von Phosphorleberthran ausgeheilt wurden, sehr für diese Behandlung einnehmen, dennoch alle diese Therapiemethoden“ (Phosphor, Soolbäder, Luftkuren) „recht unsicher sind. So lesen wir, dass fast alle Fälle, die in den letzten Jahren zur Operation gekommen sind und dann veröffentlicht wurden, vorher längere Zeit vergeblich mit Phosphor behandelt worden sind, wie auch bei zweien unserer Fälle damit ein entschiedener Misserfolg zu verzeichnen war.“ Nichts kann falscher sein, als diese letzte Behauptung. Auf wie ungenügende Beobachtung sich die Mittheilungen über angebliche Misserfolge nach Phosphortherapie stützen, habe ich weiter oben an den Fällen von Thorn, Stern und Preindlsberger gezeigt, die immer als Kronzeugen gegen die Phosphorbehandlung geführt werden, und wie wenig berechtigt die Berufung v. d. Busschе-Haddenhausen's auf seine eigenen Fälle (2 u. 3) ist, lehrt ein flüchtiger Blick auf seine Casuistik.

Fall 1) wurde 5 Tage vor der Castration beobachtet.

Fall 2) kam im Juli 1892 das erste Mal nach Göttingen. Soolbäder, vorübergehender Gebrauch von Phosphorleberthran, der wegen Uebelkeit wieder ausgesetzt werden musste, und Einlegen eines passenden Ringes schufen eine nur vorübergehende Besserung, denn schon im October zeigte sich erneute Zunahme der Knochenschmerzen. Am 12. Mai 1893 trat die Patientin wieder an die Klinik ein, wo sie am 17. Mai castrirt wurde.

Fall 3) wird gelegentlich einer Prolapsoperation Ende Mai 1892 als Osteomalacie erkannt. Da Phosphorleberthran und Soolbäder nur vorübergehend Erleichterung brachten, Castration am 23. Juli 1893. Wie lange und in welcher Dosis Phosphor genommen wurde, ist nicht angegeben.

Fall 4) stand vor der Operation 6 Wochen lang in Beobachtung. Eine interne Behandlung scheint nicht stattgefunden zu haben. Ueberdies dürfte es sich in diesem Fall nicht um Osteomalacie, sondern um Ostitis deformans gehandelt haben. (Thorax und Becken unempfindlich, rechter Oberschenkel verdickt; es bestehen Kolbenfinger.)

Fall 5) stand 15 Tage lang in Beobachtung.

Fall 6) war spontan seit Jahren ausgeheilt; wurde wegen absoluter Beckenenge nach Porro caesarirt.

Von den in Betracht kommenden 5 Fällen wurden also 3 überhaupt nicht vor der Castration behandelt, während in den Fällen 2) und 3) der vorübergehende Gebrauch von Phosphor eine selbstverständlich nur vorübergehende Besserung brachte.

Löhlein hat 15 Fälle von Osteomalacie beobachtet. 11 Frauen wurden castrirt (3 Porro-Operationen), 3 verweigerten die Zustimmung zur vorgeschlagenen Operation, eine erfuhr eine spontane Besserung.

L. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass die operative Therapie auf diejenigen Fälle zu beschränken sei, in denen längere Zeit nach dem Ablauf eines Wochenbettes und trotz des Gebrauches der sonst üblichen Behandlungsmethoden die Krankheit fortbesteht. Allerdings scheinen die „sonst üblichen Behandlungsmethoden" weder in Löhlein's noch in den Fällen der früher citirten Autoren je genützt zu haben. Mit der theoretisch geforderten „Einschränkung" der Castration hatte es demnach practisch seine guten Wege.

Es zeigt sich aber bei genauerer Durchsicht der Löhlein'schen Fälle, dass er, so wenig wie die Mehrzahl der anderen Autoren, seiner eigenen Indicationsstellung genügt.

Fall 1) erhielt durch 4 Monate kräftige Kost, Eisenpräparate, Soolbäder; in
„ 2) wurde vor der Castration keine conservative Therapie eingeleitet;
„ 3) ditto,
„ 4) ditto,
„ 5) ditto;
„ 6) hatte vor dem Eintritt an die Klinik durch 2 Jahre Badecuren mit vorübergehendem Erfolg durchgemacht, An der Klinik keine Therapie;
„ 7) vor der Castration keine conservative Therapie;
„ 8) litt in den letzten 2 Jahren an zunehmenden Schmerzen trotz Soolbädern, Abreibungen, Jodeisen, Leberthran mit und ohne Phosphor.

Von den 3 Porro-Operationen sehe ich natürlich ab.

Wir sehen demnach, dass nur in Fall 1, 6 und 8 vor der Castration conservative Behandlungsmethoden zur Anwendung kamen. Phosphor wurde nur im letzten Fall verabreicht. Angaben über Dauer und Dosirung fehlen.

Auch in den 3 Fällen, welche die Operation verweigerten wurde Phosphor nicht angewendet. Es ist das begreiflich, nachdem die letzte Castration am 18. Juni 1892, der letzte Operationsvorschlag December 1893 erfolgte. Damals aber waren die mit der Phosphorbehandlung der Osteomalacie erzielten Erfolge noch wenig bekannt.

Dass aber die anderen Behandlungsmethoden nur als ganz unsichere Palliativtherapie gelten konnten, darüber kann ein Zweifel thatsächlich nicht bestehen. Ich halte daher das Vorgehen Löhlein's in seinen Fällen für subjectiv vollkommen gerechtfertigt, auch wenn dasselbe seiner eigenen Indicationsstellung keineswegs entsprach. Das erklärliche Misstrauen, das seinerzeit allen conservativen therapeutischen Versuchen entgegengebracht wurde, hat eben die Wahl zwischen der sicher wirken-

den chirurgischen und der fast immer vergeblichen internen Behandlung der Osteomalacie entscheidend beeinflusst. Wenn aber dieses Misstrauen trotz der von Sternberg und mir publicirten Erfolge auf die Phosphorbehandlung übertragen wurde, so beruhte dies durchwegs auf oberflächlicher Beobachtung oder ungenügender Erfahrung.

Fehling, dessen letzte publicirte Castration (insgesammt 14 Castrationen, 6 Porro-Operationen) in das Jahr 1891 fällt, hat Phosphoremulsion mehrfach angewandt, darunter einmal bei einer Schwangeren, immer ohne Erfolg. Auch er theilt weder die Dauer der Behandlung, noch die Dosirung mit. Es ist nach einer Bemerkung Gelpke's[1]) anzunehmen, dass die Kassowitz-sche Lösung 0,01—100,0 in Anwendung kam. Die verabfolgte Tagesdosis dürfte demnach in Fehling's Fällen viel zu klein gewesen sein.

Dasselbe gilt für Gelpke [15], der gleichfalls über eine grössere Operationsreihe (6 Castrationen, 3 Porro-Operationen) verfügt.

Diejenigen Operateure, die über einzelne durch Castration geheilte Osteomalacien berichten, haben die interne Behandlung vorher gar nicht (von neueren Autoren Donat [3], Ekstein[4] etc.) oder ganz nebenher versucht. Einzelne hierher gehörige Publicationen habe ich weiter oben beleuchtet und möchte nur noch den Fall von Tschistowitsch [73] erwähnen, der „nach erfolgloser Therapie mit Phosphor" zuerst den Abortus einleitete, dann castrirte und als der erwartete Effect ausblieb, wieder Phosphor (3—4 mg täglich) vom 7. bis 20. November verabreichte. Dass eine 13tägige Behandlung mit Phosphor keinen Erfolg hatte, ist gewiss nicht zu verwundern.

Eine unbefangene Kritik der veröffentlichten Fälle von Osteomalacie in denen trotz Phosphorbehandlung keine Besserung oder Heilung eintrat, zeigt, dass die Misserfolge zum Theil auf ungenügende Dosirung, zum Theil auf die viel zu kurze Dauer der Medication zurückzuführen sind; in der Mehrzahl der Fälle endlich fehlen in den Publicationen diejenigen Anhaltspuncte, welche zur objectiven Beurtheilung der angewendeten Medication nothwendig wären.

Ich habe selbst, wie oben erwähnt, elfmal die Castration bei Osteomalacie ausgeführt; einmal — vor fünf Jahren — ohne vorherige Behandlung, weil auch ich damals die Castration für das einzig sichere Verfahren hielt. In allen anderen Fällen handelte es sich um Complicationen u. z. fünfmal um Sectio caesarea nach Porro wegen Beckenenge, fünfmal um Operationen, die aus verschiedenen Gründen indicirt schienen (vaginale Radicaloperationen wegen Myom, Carcinom, Salpingotomie wegen entzündlicher Adnexenschwellung etc.). Nie habe ich bisher wegen Erfolglosigkeit der internen Therapie die Operation ausgeführt. Hie und da zeigt sich wohl ein Fall der Phosphorbehandlung

[1]) Gelpke. [14] S. 72.

gegenüber etwas renitenter; es ist möglich, dass einer oder der andere noch zur Castration kommt; aber nicht weil dieselbe die bessere, sondern weil sie eine andere Therapie der Osteomalacie darstellt, die versucht werden muss, wenn die ungefährlichere nicht zum Ziel führt. Die Fälle, auf welche ich hier anspiele, sind, wie betont werden soll, ebensowohl leichte als schwere.

Die Promptheit, mit der die Osteomalacischen auf Phosphor reagiren, steht zu der Schwere des Processes nicht immer in directer Beziehung. Am besten wirkt das Mittel, wie selbstverständlich — wenn es behufs Unterstützung der spontanen Besserung, also während einer Remission post partum gereicht wird. Ebenso pflegen leichte Fälle, auch wenn sie keine Tendenz zur Spontanheilung zeigen, auf Phosphor in wenigen Monaten definitiv auszuheilen. Schwere Fälle brauchen meist eine ein- bis zweijährige continuirlich fortgesetzte Behandlung. Andererseits beobachtet man ausnahmsweise, dass sehr schwere Fälle nach ungemein kurzer Zeit in Heilung übergehen, während scheinbar leichte Processe hartnäckig der Wirkung der Phosphortherapie widerstreben. Die castrirten Osteomalaischen zeigen gelegentlich dasselbe Verhalten. Dass die Wirkung der Castration oder der Phosphorbehandlung an den hochgradigsten, mit Knochenbrüchigkeit verbundenen Stadien der Osteomalacie ihre Grenze finde (v. Winckel [84]), glaube ich bestreiten zu müssen. Allerdings wird für solche Fälle die Castration einen besonders schweren Eingriff darstellen, — die Phosphortherapie daher umsomehr indicirt sein. Nur unter einer Voraussetzung bleibt die Wirkung des Phosphors regelmässig hinter den Erwartungen zurück; dann nämlich, wenn die Therapie während einer bestehenden Schwangerschaft eingeleitet wird. Ist aber Phosphor schon vorher längere Zeit verabreicht und dementsprechend Besserung der Krankheit erzielt worden, so pflegt die mit der Gravidität einhergehende Exacerbation sehr milde, die Steigerung der subjectiven Beschwerden ganz erträglich zu sein.

Die Reihenfolge, nach der die Symptome der Osteomalacie unter Phosphorbehandlung zurückgehen, ist nicht immer dieselbe. In der Regel geben die Kranken nach ein bis zwei Monaten an, dass sie die Beine leichter heben, besser gehen können und dass die verschieden localisirten, spontanen Schmerzen geringer werden. Am spätesten pflegt die Druckempfindlichkeit der Rippenbögen, des Sternums und der Darmbeinkämme zu weichen.

Wir gelangen zu der Beantwortung der wichtigen Frage:

Wie lange muss die Phosphortherapie fortgesetzt werden, bevor man von einem Misserfolge sprechen darf?

Vorbedingung jeder rationellen Phosphorbehandlung ist die Verwendung entsprechend grosser Dosen.

Als zweckmässigste Verschreibweise hat sich mir nach mehrjähriger Erfahrung folgende erwiesen: Phosphori 0.06, später 0.08, bei besonders hartnäckigen Fällen selbst 0.10 auf Ol. jecoris aselli 100 0, täglich einen Kaffeelöffel voll zu nehmen. Die Tages-

dosis beträgt hierbei 2.4, 3.2, 4.0 Milligramm, wenn man das Gewicht eines Kaffeelöffels voll Oeles mit 4 Gramm annimmt. Man gebe nie von Anfang an die grösseren Dosen, deren geringe Ueberschreitung Vergiftungsgefahr mit sich bringt.[1])

Patienten, denen der Geruch des Leberthranes widersteht, kann man das theurere Oleum amygdalarum und im Nothfalle Pillen verschreiben, die aber schwerer zu bereiten sind und eventuell unverdaut abgehen. Die Dispensirung des Oeles in Gelatinekapseln ist wegen der leichten Oxydirbarkeit des Phosphors zu widerrathen.

Giebt eine consequent mit Phosphor in entsprechender Dosirung behandelte Patientin nach 2—3 Monaten noch keine subjective Besserung an, so müssen zunächst eventuell bestehende ungünstige äussere Lebensbedingungen beseitigt werden. Dass dies nicht immer von vornherein geschehen kann, liegt an den socialen Verhältnissen. Es ist aber auch keineswegs unumgängliche Bedingung für jeden Fall, nachdem die grosse Mehrzahl meiner Kranken mit dem Gebrauche von Phosphor keine Verbesserung ihrer Lage verbindet, resp. verbinden kann und trotzdem Heilung erzielt.

Die Beseitigung ungünstiger Wohnungs-, Ernährungs- und anderer Verhältnisse geschieht am besten, wie seit langer Zeit bekannt, durch Aufnahme der Osteomalacischen in ein Krankenhaus. Erst wenn eine durch mehrere Monate an einer Klinik fortgesetzte Phosphortherapie nicht von Erfolg begleitet wäre, dürfte man behaupten, dass dieselbe versagt hat.

Nach meinen bisherigen Ausführungen kann es nicht schwer sein, die Abgrenzung für die Indicationen jener zwei Behandlungsmethoden der Osteomalacie zu finden, die nach den jetzigen Erfahrungen zunächst in Betracht zu kommen haben.

Ich habe schon seinerzeit darauf hingewiesen, dass die bisher von Fehling, Löhlein, Schauta, v. Winckel und Anderen inaugurirte Indicationsstellung der Castration durch die Erfolge der Phosphortherapie eigentlich keine wesentliche Aenderung erfährt. Alle diese Autoren haben die Castration erst nach Erschöpfung der übrigen conservativen Behandlungsmethoden für zulässig erklärt. Dass die grosse Mehrzahl derjenigen Operateure, die über einzelne Fälle oder ganze Reihen von Castrationen berichteten, sich an ihre eigene Indicationsstellung gehalten haben, darf allerdings bezweifelt werden.

Setzen wir nun in obigem Satz an Stelle der „übrigen conservativen Behandlungsmethoden“ die Phosphortherapie, so resultirt eine Indicationsstellung, welche allen Anforderungen entspricht, gleichzeitig aber die Castration auf seltene Fälle einschränken wird.

Einzelne Autoren haben „absolute Indicationen“ für die Castration construirt. Da finden wir in erster Linie die Forderung, bei weit vorgeschrittener Osteomalacie, welche

[1]) s. Latzko (27).

direct das Leben bedrohe, sofort zu castriren (v. Winckel, Weil). Dass Osteomalacie selbst direct das Leben bedrohen könne, glaube ich nicht. Besteht Lebensgefahr, so sind immer Complicationen (Tuberculose, Bronchitis, Circulationsstörungen, Herzschwäche etc.) im Spiel, die gewiss eher eine Contraindication, als eine Indication für die Castration darstellen. Uebrigens verweise ich auf jene oben erwähnten Fälle von hochgradigster Osteomalacie (auch solche mit multiplen Spontanfracturen), die unter Phosphortherapie prompt zur Heilung kamen. Sternberg hielt seinerzeit (Mai 1892) die unbedingte Indication zur Castration gegeben, wenn bei einer geschlechtsreifen Osteomalacischen eine derartige Beckenenge besteht, dass auch bei Einleitung der Frühgeburt kein lebendes Kind zu erwarten sei. Denselben Standpunkt nimmt Tauffer (66) ein. v. Winckel (84) spricht unter derartigen Bedingungen von einer relativen Indication zur Operation.

Auch in derartigen Fällen bin ich mit der Phosphortherapie vollkommen zum Ziel gelangt. Eine Statistik meiner Fälle vom September 1896 (zum Zwecke eines Vortrags auf dem internationalen Gynaecologencongress zu Genf zusammengestellt) ergab unter 85 Frauen in geschlechtsreifem Alter 25 absolut und 9 relativ (quoad sectionem caesaream) zu enge Becken. Von diesen 34 Becken hatten 8 Veranlassung zum Kaiserschnitt gegeben. In 6 Fällen waren die Gebärenden ohne vorhergehende Beobachtung oder Behandlung zur Operation gekommen. Nur 2 Frauen (1 absolut, 1 relativ zu enges Becken) kamen nach längerer Phosphorbehandlung geheilt resp. wesentlich gebessert zur Sectio caesarea.

Unter 28 Frauen mit absolut oder relativ zu engem Becken also, die bei Einleitung der Therapie nicht gravid waren, haben bis September 1896 (und auch bis heute) nur 2 später Veranlassung zum Kaiserschnitt gegeben, wobei bemerkt werden soll, dass ich selbst nie wegen engen Beckens oder florider Osteomalacie künstlichen Abortus einzuleiten Gelegenheit hatte.

Hätte ich mich auf den Standpunkt Sternberg's, Tauffer's, v. Winckel's gestellt, so hätte ich 26 Frauen castrirt, um eine Eventualität zu vermeiden, die auch so nicht eingetreten ist. Von 22 unter diesen Patientinnen ist mir der derzeitige Gesundheitszustand resp. der endgiltige Erfolg genau bekannt. Drei sind gestorben u. z. eine nach sechswöchentlicher Beobachtung an Phosphorvergiftung (Fall 14 der obigen Tabelle), zwei nach mehrjähriger Beobachtung an Herzlähmung; von diesen letzteren war eine bezüglich der Osteomalacie geheilt (Fall 3), der andere wesentlich gebessert (Fall 16). 10 Frauen sind geheilt, 8 wesentlich gebessert, eine ungeheilt. Mit Hinzurechnung der nach längerer Behandlung Gestorbenen sind also unter 21 Osteomalacischen mit absolut oder relativ zu engen Becken 11 geheilt, 9 wesentlich gebessert, 1 ungeheilt.

Die Berechtigung zur Castration aus der erwähnten Indication erschien mir aber auch dann höchst zweifelhaft, wenn viel mehr Osteomalacische gravid würden und ihren Beckenverhältnissen zufolge caesarirt werden müssten. Es stünde jedenfalls in der gesammten Theorie einzig da, dass man aus Angst vor der in einer gewissen (wesentlich überschätzten) Anzahl von Fällen zu gewärtigenden, nicht ungefährlichen Operation in allen Fällen eine nicht viel weniger gefährliche ausführt. Es erinnert dies an jenen Soldaten, der sich aus Furcht vor der Schlacht erschoss. Wenn ich übrigens die Mortalität der Castration bei Osteomalacie in den Händen geübter Operateure (mindestens 7 pCt.) mit den von mir durch Porro-Operation erzielten Resultaten (7 Fälle ohne Exitus) vergleiche, so erscheint mir der Gedankengang, der die oben citirten Autoren leitete, noch weniger überzeugend.

Es bleiben demnach für die Castration fast nur jene Fälle von Osteomalacie übrig, in welchen die Phosphortherapie ohne Erfolg geblieben war. Auch in solchen Fällen würde ich übrigens vor der Castration noch die Wirkung einer längeren Chloroformnarcose abwarten.

Die sichere Ueberzeugung von der Erfolglosigkeit der genügend lange und consequent durchgeführten conservativen Therapie ist dann aber an sich genügend, um die Indication zur Castration zu begründen. Auf Lebensbedrohung, wesentliche Einschränkung der Geh- oder Arbeitsfähigkeit (v. Winckel, Fehling) in solchem Falle zu warten, erscheint mir in Uebereinstimmung mit Löhlein ganz ungerechtfertigt. Im Zeitalter der Salpingotomieen und vaginalen Radicaloperationen braucht man wohl nicht zu zögern, eine ansonsten indicirte Operation der Kranken vorzuschlagen, die für diese doch eine viel wesentlichere Bedeutung hat, als die erwähnten Eingriffe für Frauen mit chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen.

Bestehen keine schwereren Beckenverengerungen, so ist es gewiss von Vortheil, auch hier den vaginalen Weg zu wählen. Ob man dann nur castrirt, oder den Uterus gleich mitnimmt, ist heute mehr Geschmacksache. Eine sicherere Wirkung der Radicaloperation, wie sie Truzzi [71,72] erwartet, ist nämlich d. Z. nicht bewiesen. Ich selbst ziehe aus technischen Gründen die vaginale Radicaloperation vor und habe dieselbe 3 mal an Osteomalacischen ausgeführt.

Ausser der eben besprochenen Indication zur Castration besteht dieselbe überall dort, wo man aus irgend einem Grunde die Bauchhöhle einer florid Osteomalacischen von oben oder unten eröffnet, es sei denn, dass die Patientin selbst die Erhaltung der Conceptionsfähigkeit wünscht. In erster Reihe kommt an dieser Stelle der Kaiserschnitt in Betracht; weiters Myomotomie, Uterusexstirpation wegen Carcinom, Adnexoperation, Ovariotomie etc.

Ausnahmsweise wäre die Castration, hauptsächlich zum Zwecke der Sterilisation bei solchen Frauen zu erwägen, wo

rasch nach einander folgende Graviditäten die Heilwirkung des Phosphors verhindern oder verzögern und demzufolge begründete Furcht vor dem Eintritt oder Fortschreiten von Skelettveränderungen besteht. Eine Garantie gegen die letztere Eventualität bietet allerdings auch die Castration nicht, insofern zunehmende Beckenverengerung und Abnahme der Körperlänge nach Operation (v. Winckel) ebensowohl wie bei Phosphortherapie trotz rascher Besserung der subjectiven Beschwerden und endlicher Heilung beobachtet werden können.

Eine gesonderte Besprechung verlangt unser Vorgehen bei Osteomalacischen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt.

Was zunächst die Therapie der Osteomalacie bei gleichzeitiger Schwangerschaft anbelangt, so sind für dieselbe eine ganze Reihe von Momenten maassgebend u. z. zunächst der Allgemeinzustand der Graviden, die Schwere des Knochenprocesses, der weitere Verlauf der Krankheit nach eingeleiteter Therapie, dann die durch die räumlichen Beckenverhältnisse bedingte geburtshilfliche Prognose, die grössere oder geringere Nachgiebigkeit des osteomalacischen Beckens, die Dauer der bestehenden Schwangerschaft und endlich eine Menge individueller Umstände, die eine allgemeine Codificirung garnicht gestatten; ich erwähne nur: äussere Verhältnisse, Wunsch der Kranken nach einem lebenden Kind, Anzahl der vorausgegangenen Geburten etc.

Als dringendstes Postulat müssen wir vor allem hinstellen, dass das Leben des Kindes nur dann in Betracht gezogen werde, wenn die eingeleitete Therapie zum mindesten eine wesentliche Steigerung der Beschwerden verhindert. Im anderen Fall ist ohne Rücksicht auf das Stadium der Schwangerschaft, ohne Rücksicht auf die Qualität des nothwendigen Eingriffes die sofortige oder wenigstens baldige Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt. Bei schlechtem Allgemeinzustand oder besonders hochgradigen Beschwerden kann diese Indication von vorneherein gelten.

Natürlich wird man sich viel leichter zur Einleitung einer Frühgeburt als zu der eines Abortus entschliessen. Glücklicherweise pflegen die Exacerbationen während der Schwangerschaft gewöhnlich um die halbe Zeit einzusetzen, wenn also der Termin zur künstlichen Frühgeburt nicht mehr allzuweit entfernt ist. Thatsächlich habe ich mich noch nie zur Einleitung des Abortus gezwungen gesehen, während ich sehr häufig die künstliche Frühgeburt nur behufs Linderung der Beschwerden, als Palliativtherapie der Osteomalacie eingeleitet habe.

Die bei einer Schwangeren einzuschlagende Behandlung wird wie ausserhalb der Gravidität in der Verabreichung von Phosphor bestehen. Besserung der äusseren Verhältnisse, Anwendung warmer Bäder sollen, wenn irgend möglich, zur Unterstützung herangezogen werden. Häufig gelingt es die bestehenden Beschwerden auf einem erträglichen Niveau zu erhalten, manchmal sogar dieselben zu bessern.

Den Vorschlag Felsenreich's [9], unter der Voraussetzung eines für die natürliche Geburt eines lebenden Kindes genügend weiten Beckens, während der Gravidität die Castration auszuführen, glaube ich gleich Fehling [7] ablehnen zu müssen. Die Erhaltung der Schwangerschaft, sowie der Einfluss der Castration auf die Osteomalacie bei Fortbestehen der Gravidität erscheinen bei diesem Experiment gleich zweifelhaft.

Rationeller, wenn auch viel zu radical, ist die Indicationsstellung jener Autoren (Löhlein [35], Tauffer [66], Esser [5]), welche bei Schwangerschaft und florider Osteomalacie die Vornahme der Porro-Operation oder der vaginalen Totalexstirpation des schwangeren Uterus entweder als Normalverfahren, oder als Ersatz des arteficiellen Abortus empfehlen. Dieselben Gründe, welche gegen die Castration vor constatirter Erfolglosigkeit der Phosphortherapie sprechen, sind für die entschiedene Ablehnung auch dieses Standpunctes maassgebend. Gelingt es, den Krankheitsprocess auf conservativem Wege zu beherrschen, so ist die Geburt eines lebenden Kindes per vias naturales oder selbst durch Porro-Operation der Operation in den ersten Schwangerschaftsmonaten zweifellos vorzuziehen. Nehmen die Beschwerden trotz Phosphor zu, so wird bei nicht zu engem Becken nach eingeleitetem Abortus und Heilung der Osteomalacie durch interne Behandlung weiteren Schwangerschaften und Geburten lebender Kinder nichts im Wege stehen. Auch bei relativer und absoluter Beckenenge gewährt dieses Vorgehen die Möglichkeit, am Ende einer nächsten Gravidität durch Porro-Operation ein lebendes Kind zu gewinnen. Allerdings könnten gelegentlich rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften zu wiederholtem Abortus zwingen; dann wäre wohl der nothwendig werdende Abortus durch die Porro-Operation in den ersten Monaten der Schwangerschaft zu ersetzen. Eine vaginale Totalexstirpation ist in solchen Fällen nicht mehr möglich; wo sie aber noch möglich ist, dort ist sie nicht nöthig.

Bei hochgradiger Beckenverengerung könnten sich ausnahmsweise der Einleitung des Abortus, resp. intrauterinen Eingriffen überhaupt bedeutende räumliche Hindernisse entgegenstellen. Unter solchen Umständen — also ausnahmsweise — kann die Porro-Operation gleichfalls an Stelle des Abortus treten.

In allen Fällen von Schwangerschaft, in denen die Phosphortherapie von Erfolg begleitet ist, richtet sich unser Handeln nach den bestehenden Beckenverhältnissen, beziehungsweise nach den für das enge Becken giltigen geburtshilflichen Regeln.

Die letzteren werden selbstverständlich auch für unser Verhalten bei der Geburt Osteomalacischer massgebend sein. Eine besondere Berücksichtigung verdient hier die manchmal überraschend grosse Dehnbarkeit osteomalacischer Becken. Löhlein, der auf diesen Punkt das grösste Gewicht legt, empfiehlt bei vorhandener Nachgiebigkeit der Knochen, für deren Constatirung Narcose in der Regel nicht zu umgehen ist, Wendung und Extraction. Sowohl durch diese Operation als auch durch Forceps

(Piskacek [46]) ist es gelungen, lebende Kinder durch stark verengte, aber elastische, osteomalacische Becken durchzuziehen.*)

Die Regel stellt dies keineswegs dar. Auch therapeutisch vollkommen unbeeinflusste Osteomalacische im Stadium einer Schwangerschaftsexacerbation besitzen oft ziemlich derbe Knochen; wenigstens insoweit, dass bedeutendere Gestaltsveränderungen des Beckens unter der Geburt nicht mehr zu Stande kommen können. Dies wird dadurch verständlich, dass nach meiner Erfahrung die hochgradigsten Beckenverengerungen zumeist nicht während der letzten Schwangerschaft, sondern in der Pause zwischen den beiden letzten sich entwickeln. Ist diese Pause länger, der Krankheitsprozess während derselben nicht zu florid, so ist das Knochengerüst relativ widerstandsfähig. Nur bei rasch sich folgenden oder besonders intensiven Exacerbationen, sowie bei progredienten Fällen kommt es zu auffallender, geburtshilflich verwerthbarer Elasticität des Beckens.

Die grosse Mehrzahl der Geburten bei Osteomalacie erfolgt, entweder in Folge mangelnder Beckenverengerung oder auch in Folge vorhandener Dehnbarkeit spontan, manchmal allerdings nach langer Geburtsarbeit. Doch ist die Anzahl der geburtshilflichen Operationen bei bestehender Osteomalacie bedeutend grösser als sonst; in meinen Fällen circa 10 mal so gross.

Einen belehrenden Ueberblick gewährt die Analyse jener Geburten, welche die früher erwähnten 85 osteomalacischen Frauen in geschlechtsreifem Alter mitgemacht haben. Diese 85 Frauen haben insgesammt 459 mal geboren. 290 Geburten fallen in jene Zeit, da die Frauen noch ganz gesund waren. 169 Geburten erfolgten schon während bestehender Osteomalacie.

Die 290 Geburten der ersten Periode erforderten alles in allem 6 entbindende Operationen u. z. 4 Zangen, 1 Steissextraction und 1 Perforation. Die 169 Geburten der zweiten Periode erforderten 34 entbindende Operationen u. z. 8 Kaiserschnitte, 4 künstliche Abortus (von anderer Seite eingeleitet), 1 Perforation, 5 Zangen, 4 Wendungen, 4 Steissextractionen und 8 künstliche Frühgeburten.

Dieselben 85 Frauen benöthigen, solange sie gesund sind, 1 Operation erst bei 48 Geburten; nachdem sie an Osteomalacie erkrankt sind, schon bei 4·9 Geburten. Mit anderen Worten: Die Nothwendigkeit geburtshilflicher Operationen tritt bei Osteomalacischen zehnmal öfter ein, als bei Gesunden.

Aus den mitgetheilten Zahlen erhellt, dass die bei Osteomalacie in erster Reihe anzuführenden geburtshilflichen Operationen der Kaiserschnitt und die künstliche Frühgeburt sind.

Die letztere gewinnt bei meinem Material dadurch an Bedeutung, dass ich über eine grosse Anzahl ausgeheilter Osteo-

*) Ich habe in allerjüngster Zeit durch Wendung und allerdings ziemlich schwere Extraction ein fast 4000 Gramm schweres, lebendes Kind entwickelt bei einem florid osteomalacischen, ausserordentlich dehnbaren Becken, das nur vom Standpunkte seiner Form aus betrachtet, hart an der Grenze zur absoluten Indication des Kaiserschnittes stand.

malacieen mit mässig verengten Becken verfüge, die vor der Heilung, zum Theile wenigstens unter dem Einflusse der Dehnbarkeit des florid osteomalacischen Beckens, spontan gebaren. Jetzt ist die spontane oder operative Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes bei der Unnachgiebigkeit der Knochen nicht mehr zu erwarten. Diese Fälle geben nun im Falle der Schwangerschaft die Indication zur künstlichen Frühgeburt. Die Resultate der letzteren sind allerdings bei festem osteomalacischen Becken keine besonders günstigen für die Kinder; ob durch prophylactische Wendung am Endtermin bessere zu erzielen wären, erscheint mir nach meinen, allerdings noch spärlichen Erfahrungen sehr zweifelhaft. Ich habe nicht nur in dem weiter oben erwähnten Falle von Wendung bei Querlage trotz scheinbar wenig verengten Beckens durch schwierige Extraction ein tief asphyctisches, nach 2 Tagen verstorbenes Kind erhalten, sondern auch in 2 Fällen von Frühgeburt sehr schwere Extractionen erlebt, die bei ausgetragener Frucht kaum ohne Kraniotomie hätten beendet werden können. Es erscheint sehr begreiflich, dass eine Operation, die bei plattem Becken die vorzüglichsten Resultate giebt, bei einer Verengerung, welche in erster Linie die queren Durchmesser betrifft, schwierig wird oder versagt. Hierzu kommt noch der eine Umstand, dass die geringeren Grade der osteomalacischen Beckenverengerung in der Regel unterschätzt werden, nachdem wir bei denselben wesentlich auf Abschätzung der Beckenverhältnisse durch Austastung angewiesen sind, ohne dass wir im Stande wären, aus einzelnen Maassen bindende Schlüsse zu ziehen. Dies hat auch zur Folge, dass eine Eintheilung der osteomalacischen Becken nach ihren Raumverhältnissen grossen subjectiven Schwankungen unterworfen ist.

Die Entscheidung der Frage, ob die Sectio caesarea bei Osteomalacie als Porro-Operation oder als conservativer Kaiserschnitt in Verbindung mit Castration ausgeführt werden soll, ist von den meisten Klinikern im Sinne des Porro gefällt worden. Ich habe bei Osteomalacie immer Porro gemacht, den ich für die ungefährlichere und vor allem für die wesentlich leichtere, mit geringerer Assistenz ausführbare Operation halte, was unter den Bedingungen der Privatpraxis schwer ins Gewicht fällt.

Das Verhältniss des Kaiserschnittes zur Perforation erfährt bei Osteomalacie eine ganz wesentliche Verschiebung zu Gunsten des ersteren, nachdem hier die Operation gleichzeitig als Therapie der bestehenden Krankheit wirkt. Verkleinerungsoperationen an lebenden Kindern sollen hier nur ausnahmsweise vorgenommen werden. Die relative Indication zum Kaiserschnitt verwandelt sich bei bestehender Osteomalacie in eine absolute. Selbstverständliche Voraussetzung ist hierbei, dass der Geburtshelfer die operative Technik vollkommen beherrsche und dass nicht individuelle Momente (Verdacht auf bestehende Infection, ungünstige äussere Verhältnisse etc.) die Prognose der Sectio caesarea trüben.

Die Indicationen der verschiedenen bei Osteomalacie in Betracht kommenden Verfahren hätten unter Berücksichtigung der mitgetheilten Erfahrungen zu lauten:

1) Jede Osteomalacische soll zunächst, ganz ohne Rücksicht auf den Grad einer eventuell vorhandenen Beckenverengerung mit Phosphor behandelt werden. Dieselbe ist gleichzeitig auf die Gefahr neuerlicher Conception vor Heilung der Krankheit, sowie auf die Nachtheile feuchter Wohnungen aufmerksam zu machen.
2) Die Castration ist in der Regel nur als Gelegenheitsoperation (bei gleichzeitiger Sectio caesarea, Salpingo-Myomotomie etc.) indicirt. Ausnahmsweise kommt dieselbe dann in Betracht, wenn die Phosphorbehandlung wider Erwarten versagt, oder wenn rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften den Erfolg der internen Therapie verhindern.
3) Besteht Gravidität, so soll bei hochgradigen Beschwerden die Frühgeburt (im Nothfalle der Abortus) eingeleitet werden, auch wenn die Beckenverhältnisse normal sind.
4) Bei bestehender Beckenenge können unter den Verhältnissen des Punctes 3 statt der Frühgeburt die Sectio caesarea, statt des Abortus die Porro-Operation resp. abdominelle Totalexstirpation des graviden Uterus nothwendig werden.
5) Sonst treten bei bestehender Schwangerschaft die für das enge Becken giltigen geburtshilflichen Indicationen in Kraft (unter Beachtung der in Narcose zu constatirenden Nachgiebigkeit des osteomalacischen Beckens, und der von Löhlein [35] und Lazzati [32] besonders empfohlenen prophylactischen Wendung.
6) Bei nicht zu engem Becken wird die Castration vortheilhaft durch die vaginale Radicaloperation ersetzt.

Litteraturnachweis.*)

1. Busch, Vortrag in der Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Bonn ref. Berl. Klin. Wochenschr. 1882. S. 310.
2. v. d. Bussche-Haddenhausen, Die in den Jahren 1890—94 in der Frauenklin. zu Göttingen oper. Fälle von Osteomalacie. Arch. f. Gyn. Bd. 49.
3. Donat, Die Castration bei Osteomal. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1895. Bd. 1.
4. Ekstein, Ueber d. Einfl. d. Castration auf die Osteomal. Prag. med. Wochenschr. 1896.
5. Esser, Die geburtsh. Therapie bei Osteom. Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 3.
6. Fehling, Ueber Wesen u. Behandl. d. puerp. O. Arch. f. Gyn. Bd. 39.
7. „ Weitere Beitr. zu d. Lehre von d. O. Arch. f. Gyn. Bd. 48.
8. „ Ueber O. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 30. S 471.
9. Felsenreich, Zur Frage d. Castr. bei O. Allg. Wr. med. Zeit. 1892. Nr. 31.
10. Fischer, Casuist. Beitr. z. Behandl. d. O. Prag. med. Wochenschr. 1894.

*) Es sind nur jene Arbeiten hier angeführt, auf die ich mich in vorstehender Publication bezogen habe.

11. „ Ein Fall v. Kaiserschn. wegen osteomal. Beckenenge. Prag. med. Wochenschr. 1895. Nr. 19.
12. Fischer, Weitere Beitr. z. Behandl. d. O. Prag. med. Wochenschr. 1895. Nr. 36.
13. Fochier, Lyon médic. Juni, Juli 1879.
14. Gelpke, Die O. im Ergolzthale. Beitr. z. Kenntn. etc. Basel 1891.
15. „ Einige Bemerkungen über die Knochenerw. etc. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1897. Bd. 5. Suppl.-Heft.
16. Göbel, O. mittels Röntgenstrahlen zu diagnostic. Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 17.
17. Hanau, Ueber Knochenveränd. in d. Schwangersch. etc. Fortschr. d. Med. 1892. Nr. 7.
18. Heitzmann, Z. Therapie d. O. Allg. Wr. med. Zeit. 1893. Nr. 52.
19. Hofmeister, Coxa vara, eine typ. Form etc. Bruns' Beitr. Bd. 12. (1894)
20. „ Z. Aetiologie d. Coxa vara. Bruns' Beitr. Bd. 13. H. 1.
21. Kahler, Z. Symptomat. d. multiplen Myeloms. Prag. med. Wochenschr. 1889. S. 33.
22. Kassowitz, Beitr. z. Kinderheilk. H. 1. Wien. 1890.
23. Kehrer, Ueber O. Deutsche med. Wochenschr. 1889. Nr. 49.
24. Kocher, Ueber Coxa vara, eine Berufskrankh. etc. Zeitschr. f. Chir. Bd. 38. H. 6.
25. Koeppen, Ueber osteomal. Lähmungen. Arch. f. Psych. Bd. 22. H. 3.
26. Latzko, Ueber O. Allg. Wr. med. Zeit. 1893.
27. „ Z. Phosphortherapie bei O. Allg. Wr. med. Zeit. 1894.
28. „ Ueber den Einfl. d. Chlorof.-Narc. auf O. Wr. klin. Wochenschr. 1894.
29. Latzko, Z. Diagn. u. Frequenz d. O. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1895. Bd. 1.
30. Latzko, Die Ursachen d. Abductionsbehind. bei O. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1895.
31. Latzko, Z. Therapie d. O. Verhandlung der Deutsch. Ges. f. Gyn. 1895.
32. Lazzati, Prospetti clinic. della R. scuola di Ostetr. in Milano (Casati) 1864.
33. Levy, Ueber d. Methode d. Kaiserschn. nach Porro. Wiener Klinik. 1880.
34. Litzmann, Die Formen d. Beckens. Berlin. 1861.
35. Löhlein, Die geburtsh. Therapie bei osteomal. Beckenenge. Gynaec. Tagesfr. H. 2.
36. Löhlein, Erfahrungen über d. Wirk. d. Castration bei O. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 29.
37. Mosengeil, Partielle Atrophie d. Skeletts. Arch. f. klin. Chir. Bd. 16.
38. Müller, Ueber die Verbiegung des Schenkelhalses etc. Bruns' Beitr. Bd. 4.
39. Neumann, Weit. Beitr. z. d. Lehre von d. O. Arch. f. Gyn. Bd. 50.
40. „ Weit. Unters. über die Stoffwechselverhältn. etc. Arch. f. Gyn. Bd. 51.
41. Nothnagel, Virchow's Festschr. (Internat. Beitr.). Berlin 1891.
42. Orthner, Ein Fall von Rachitis tarda. Jahrbuch d. Wr. Krankenanstalten. 1892. S. 631.
43. Paget, On a form of chron. inflamm. of bones. Medico-chir. Transact. Bd. 60.
44. Péron et Meslay, Un cas d'o. chez une fillette de 15 ans. Bull. de la soc. d'anat. de Paris. 1894. S. 603.
46. Petrone. Il microorg. della nitrificaz. e l'o. La Rif. med. 1892. 5/IV. u. 19/VII.
46. Piskacek, Demonstr. in d. Geburtsh. Gyn. Gesellsch. in Wien. ref. Centralbl. f. Gyn. 1889. S. 165.
47. Polgár, Die Heilung d. O. mittels Castration. Arch. f. Gyn. Bd. 49.
48. Preindlsberger, Ein Fall v. Castration wegen O. etc. Wr. klin. Wochenschr. 1893.
49. Raschkes, Ein Fall von seniler O. mit Albumosurie. Jahrb. d. Wr. Krankenanst. 1893. S. 637.
50. v. Recklingshausen, Die fibröse od. deform. Ostitis, etc. Virchow's Festschr. Berlin. 1891.

51. v. Renz, Ueber Krankheiten d. Rückenm. i. d. Schwangersch. Wiesbaden 1896.
52. Schauta, Die Castration bei O. Wr. med. Wochenschr. 1890.
53. „ Die Beckenanomalieen; im Handbuch d. Geburtshilfe von P. Müller. Stuttgart 1889.
54. Schlesinger, Discussion zur Demonstr. v. Weismayr's ref. Wr. med. Presse 1893. Nr. 44.
55. Schmidt, Knochenerw. durch Milchsäurebild. Annal. d. Chem. u. Pharmacie Bd. 61, S. 329.
56. Schneyer, Ein Fall von hyster. Osteomalacieimitation. Wr. klin. Rundschau. 1895, Nr. 49.
57. Schnitzler, Demonstr. eines Falles von Coxa vara. Wr. klin. Wochenschrift. 1894, Nr. 46.
58. Seegelken, Ueber multipl. Myclom. etc. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 58, S. 276.
59. Senator, Die Krankh. d. Beweg.-Apparates. Handb. d. spec. Path. u. Ther. v. Ziemssen. Bd. XIII.
60. Siber, Therapie und bleibende Heilung osteomal. Erkrankter. Würzburg 1891.
61. Sippel, Kaiserschn. nach Sänger. Arch. f. Gyn. Bd. 29.
62. Stern, Zwei Fälle v. Castration bei O. Münch. m. Wochenschr. 1893. 7/II.
63. Sternberg, Heilung schwerer puerp. O. unter Phosphor. Wr. klin. Wochenschr. 1891, Nr. 26.
64. Sternberg, Ueber Diagn. u. Therapie d. O. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 22, H. 3.
65. Stilling, Ueber Osteitis deform. Virchow's Archiv, Bd. 119, S. 542.
66. Tauffer, Ueber O. (ungarisch) ref. v. Temesvary. Centralbl. f. Gyn. 1896, S. 338.
67. Thorn, Z. Kasuistik d. Castration bei O., Centralbl. f. Gyn. 1891, Nr. 41.
68. „ „ „ „ „ „ „ 1896, Nr. 41.
69. „ Discussion z. Fehling's Vortr.: „Ueber O." Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 30, S. 495.
70. Trousseau, Med. Klinik des Hôtel Dieu in Paris. Bd. III, Uebers. v. Niemeyer, Würzburg 1868.
71. Truzzi, La castrazione nell'o. Annali di ostetricia 1894, S. 768.
72. „ Nouveaux docum. pour l'étude des éffets de la castration etc. Ann. de gyn. 1894, S. 602.
73. Tschistowitsch, Die neueste O.-Theorie d. Herrn Petrone etc. Berl. klin. Wochenschr. 1893, S. 918.
74. v. Vélits, Ueber die Heilung d. O. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 23, S. 321.
75. v. Vélits, Weitere Beitr. z. chir. Behandl. d. Knochenerw. (O.) Ungar. Arch. f. Med. Bd. 2.
76. Wagner, Ueber O. u. Geistesstörung. Jahrb. f. Psych. Bd. 9.
77. Weber, Z. Kenntn. d. O. etc. Virchow's Arch. Bd. 38, H. 1.
78. Wegner, Der Einfl. d. Phosphors auf den Organismus. Virchow's Arch. Bd. 55.
79. Weil, O. u. Castration. Prag. med. Wochenschr. 1895. Nr. 5 u. 6.
80. Weisz, Beitr. z. Heil. d. O. Wien. kl. Wochenschr. 1894. Nr. 23.
81. v. Winckel, Klin. Beobacht. z. Dystokie durch Beckenenge. Leipzig 1882.
82. „ Lehrbuch d. Geburtsh. Leipzig. 1889.
83. v. Winckel, Ueber die Erfolge d. Castration bei d. O. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann N. F. Nr. 59.
84. v. Winckel, Behandlung d. O. Handb. d. spec. Therapie inn. Krankh. v. Penzoldt u. Stintzing. Jena.
85. v. Winckel, Discussion zu Fehling's Vortr. „Ueber O." Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 30. S. 496.
86. Wulff, Z. Kasuistik d. progred. O. beim Manne. St. Petersb. med. Wochenschr. 1882. Nr. 42 u. 43.
87. v. Weissmayr, Ein Fall v. männl. Osteom. etc. Wr. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 51.

IV.

Die Initialsymptome der Osteomalacie.

Von

Dr. PAUL RISSMANN

in Hannover.

Es ist erstaunlich zu sehen, wie sehr zuweilen die Anschauungen über eine und dieselbe Krankheit in zwei ärztlichen Specialwissenschaften differiren und, was noch bemerkenswerther ist, dass viele Jahre hindurch solche divergirenden Meinungen unvermittelt neben einander bestehen können. Diese Thatsache lässt sich mit leichter Mühe an den Anschauungen erweisen, die die osteomalacische Erkrankung z. Z. findet. Bei den Neurologen erfreuen sich, soviel ich überblicken kann, die Worte Köppen's[1]) allgemeiner Zustimmung: „Es besteht für uns kein Zweifel, dass bei der Osteomalacie Muskelschwäche und Nervenreizungssymptome vorkommen . . . . und zu einer Zeit auftreten, wo noch keine Knochenveränderungen nachgewiesen werden können", während die meisten geburtshilflichen Lehrbücher dergleichen Symptome garnicht erwähnen, also mindestens für unwichtig halten. Dass verdiente Gynäkologen charakteristische Initialsymptome der Osteomalacie überhaupt leugnen, scheint mir aus der Aufnahme hervorzugehen, die die Ausführungen Latzko's auf der Naturforscherversammlung in Wien[2]) erfahren haben. Vielleicht ist Latzko, der in verzeihlichem Eifer über das Ziel hinausschoss, nicht ganz unschuldig an dem Ergebniss; im Ganzen muss ich mich aber nach den Beobachtungen, die ich in Folgendem geben werde, auf seine Seite stellen. Einige mir nicht unwichtig erscheinende Abweichungen in der Auffassung von Symptomen gegenüber Latzko und eingehende gemeinschaftliche Untersuchung meiner Fälle mit Neurologen veranlassen mich zu diesen Zeilen.

Fall 1.

Frau St., die zweimal geboren hat, fühlte sich schon nach der ersten Geburt oft matt und schwer in den Beinen. Nach der zweiten Entbindung nahmen diese Beschwerden zu. Das Aufstehen aus dem Sitzen soll in den letzten Monaten beschwerlicher als früher geworden sein. Nachts ist der Schlaf schlecht wegen Schmerzen im Kreuz, im Oberschenkel und Oberarm, namentlich bei Bewegungen. Gürtelgefühl und häufig „zuckende" Schmerzen durch längere Körperstrecken. Ein interner Kliniker hatte „Knochenerkrankung" angenommen. Befund: Pat. ist eine sehr gut genährte Frau, von kleiner Statur und etwas blasser Gesichtsfarbe. Der Gang ist langsam, breitspurig. Kyphoscoliose der Lendenwirbelsäule, Symphyse schnabelförmig,

[1]) Arch. f. Psych. Bd. XXII. Heft 3, S. 12,
[2]) Ref. im Centr. f. Gyn. 1894, S. 188.

Promontorium zu erreichen, die Kreuzbeinwirbel und das Brustbein in ganzer Ausdehnung druckempfindlich. In der Rückenlage gelingt es der Pat. nur schwer das Bein nach vorn zu heben und parallel zur Unterlage zu abduciren. Meist tritt dabei nach kurzer Zeit Zittern in den Beinen ein. Auch im Sitzen das eine Bein über das andere zu schlagen, bedarf grosser Anstrengungen. Bei Ausführung der Abductionsbewegungen sind die Adductoren gespannt zu fühlen. Passiv gelingen sämmtliche Bewegungen leicht und ohne Schmerzen. Dagegen wird Druck mit der flachen Hand auf die Vorderfläche der Schoossfuge schmerzhaft empfunden. Der Urin ist nach dem Kochen etwas trübe, wird nach Zusatz von Essigsäure zwar heller, aber nicht völlig klar (Mucin?) und enthält keinen Zucker. Die Hautsensibilität an den unteren Extremitäten war nicht gestört, die Patellarreflexe waren normal, so dass nichts für eine Markerkrankung spricht.

Um kurz zusammenzufassen, fanden sich also in meinem ersten Falle neben geringen, doch für die sog. osteomalacische Erkrankung als charakteristisch angesehenen Veränderungen am knöchernen Becken:

1) Druckempfindlichkeit der Stammesknochen.
2) Paresen der Oberschenkelmuskulatur (namentlich der Flexoren und Abductoren) und einiger Beckenmuskeln.
3) Eigenthümliche subjective Beschwerden (Schwere in den Beinen, Schmerzen in der Nacht, Muskelzittern [Winckel sen.]).

Wie wir nun sehen werden, finden wir diese Trias von Erscheinungen ebenfalls in unserem

Fall 2.

Hier lässt das Becken aber keine deutliche Zeichen von Osteomalacie erkennen (Maasse: Dist. spin. 26, Dist. crist. 27. Baudelocque 18, Conj. diag. 12).

Es handelt sich um Frau L., eine 42jährige Maschinenstickerin, die einmal geboren hat und die seit Jahren erfolglos in ärztlicher Behandlung sich befindet. Nach ihrer Angabe sollen zuerst Schmerzen in der Gegend der unteren Rippen aufgetreten sein, und nach längerem Sitzen in vornübergebeugter Haltung hatte sie das Gefühl, als ob die Rippen eingedrückt seien. Dann wurde das Niedersitzen schmerzhaft, bis allmählich unter Zunahme der Schmerzen — die, wie in unserem ersten Falle, als „zuckende“ geschildert werden — im Kreuz und in den Beinen die Bewegungsfähigkeit immer schlechter wurde. Es bestehen Gürtelgefühl, schlechte Nächte der Schmerzen wegen und Krämpfe.

Befund: Kleine, blasse Frau erscheint in der Poliklinik, sich stark auf einen Stock stützend, mit typischem Entengange. Das Aufstehen vom Stuhle ist unmöglich und geht nur mit Hülfe der Hände. Auf den Untersuchungsstuhl muss sie gehoben werden. Aus der Rückenlage kann Pat. die Beine weder nach vorn noch seitlich in nennenswerther Weise bewegen, bei dem Versuche des Spreizens sind die Adductoren hart gespannt zu fühlen. Eine Hüftgelenkserkrankung kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden (freie passive Beweglichkeit. — Roser-Nélaton'sche Linie). Die ganze Wirbelsäule ist sehr schmerzhaft, namentlich im Lendentheile, der kyphoscoliotisch ist. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker.

Herr College L. Bruns-Hannover hat mir freundlichst über Frau L. die folgenden Zeilen zur Verfügung gestellt:

„Watschelnder Gang. Die Untersuchung der einzelnen Muskeln der unteren Extremitäten und des Beckens ergiebt Folgendes: Am schwächsten sind die Abductoren des Oberschenkels (Gluteus med. u. minim.), ebenso ist die Extension des Oberschenkels (Glut. max.) schwach und in Folge dessen gelingt das Aufrichten aus dem Sitzen schlecht. Der Ileopsoas ist beider-

seits besser, aber deutlich schwach: ebenso besteht Schwäche in beiden Quadricipites, besonders links. Die Rotation der Oberschenkel, die Adductoren desselben und die Flexores cruris und die ganze Unterschenkel- und Fussmuskulatur scheint weniger betheiligt. Eine Adductorencontractur ist, wenn die Kranke ruhig in Rückenlage liegt, nicht zu constatiren. Electrisch ist faradische und galvanische Reaction von Nerv und Muskel überall vorhanden, dagegen ist die intramuskuläre faradische Erregbarkeit im Cruralisgebiete entschieden herabgesetzt gegenüber z. B. der Wadenmuskulatur. Beim Electrisiren treten häufig Crampi von Muskeln ein, die auch spontan sein sollen. Das Gefühl ist im ganzen ungestört, doch empfindet Pat. electrische Ströme an den Beinen auffallend wenig. Blase und Mastdarm sind intact, in der Wirbelsäule findet sich nichts: Pat. klagt auch über Schwäche in den Armen, ist vielleicht überhaupt etwas nervös.

Diagnose: Der Befund spricht mit Wahrscheinlichkeit für neuritische Processe, die sich anf den Plexus lumbalis beschränken in der Hauptsache.

Etwa 14 Tage darauf untersuchte ich eine 40jährige Bauersfrau mit Schwäche der Oberschenkelbeuger, -strecker und Abductoren; die Adductoren und Rotatoren der Oberschenkel waren ziemlich kräftig.

Aufrichten aus dem Liegen ohne Hilfe nicht möglich. Die Unterschenkelmuskulatur war gut. Unterer Theil der Wirbelsäule schmerzhaft. Im Urin nichts. Ich nahm auch in diesem Falle eine osteomalacische Erkrankung an.

Also auch Fall 2 zeichnet sich im wesentlichen aus durch eine Trias von Erscheinungen: 1) Druckempfindlichkeit der Stammesknochen, 2) neuritische Processe im Plexus lumbalis, 3) eigenthümliche subjective Beschwerden (characteristische Schmerzen, Gürtelgefühl, Crampi etc.).

Eine Erkrankung der Medulla, an die man bei der Schwere der Symptome hätte denken können, liegt nicht vor. Auf eine genauere chemische Untersuchung des Urins, an die ich zuerst dachte, um alle Zweifel an der Diagnose Osteomalacie zerstreuen zu können, habe ich nach den Publicationen Hoffmann's [1]), der 2mal bei sehr weit vorgeschrittener osteomalac. Erkrankung keine Milchsäure mit empfindlichster Methode nachzuweisen vermochte, verzichtet.

Wenn nun auch ein osteomalacisches Becken, auf das die Gynaekologen — leider, muss ich sagen — fast ausschliesslich ihre Diagnosen gründen, fehlt, so glaube ich trotzdem, dass jeder, der die beiden Krankengeschichten vergleicht, zu der Meinung kommen wird, dass ein und dieselbe Krankheit vorliegt; eine Ansicht, in der wir uns bestärkt fühlen müssen ex juvantibus. Ich will nicht unterlassen hinzuzufügen, dass die Zähne der Pat. meist cariös waren. Ich habe auch die beiden Krankengeschichten in aller Kürze nur deshalb gegeben, um weiteres Material herbeizubringen und den Fachgenossen insbesondere zu bieten, nicht um die durch Renz [1]), Köppen, Latzko u. A. meiner Ansicht schon fest begründete Lehre von den muskulären Erscheinungen der Osteomalacie zu beweisen. Sehr interessant ist, dass die Krankheitserscheinungen im zweiten Falle viel schwerere als bei meiner ersten Patientin waren, dass nur die Beckenknochen, wenn ich so sagen darf, sich resistenter erwiesen haben. Es wird unsere Aufgabe sein, auf diese Thatsache später zurück-

zukommen. Hier möchte ich zunächst einige Abweichungen von den Ansichten, die Latzko gegeben hat, anführen und begründen. Zunächst muss ich die Reflexsteigerungen an den Sehnen für ein unwichtiges und nach der Litteratur auch gar nicht immer vorhandenes Zeichen erklären. In den drei Fällen, die in dieser Arbeit erwähnt wurden, hielten sich die Reflexe in normalen Grenzen, so dass man wohl nicht berechtigt ist, in dieser Bezeichnung von einem „pathognomonischen" Zeichen zu sprechen. Ganz das Gleiche ist von einer Erkrankung des Levator ani, die Latzko in ähnlicher Weise verwerthen will, zu sagen. Schliesslich habe ich mich von einer Contractur der Adductoren des Oberschenkels nicht überzeugen können, möchte vielmehr annehmen, dass L_4 sich in der Deutung der Erscheinungen geirrt hat. Auffallend war auch bei meinen Fällen, wenn das Spreizen der Beine unter grössten Anstrengungen versucht wurde, die Härte der inneren Muskelgruppen. Die Antagonisten werden aber, wie bekannt, stets reflectorisch bei activen Bewegungen angespannt und es wäre denkbar, dass bei den neuritischen Processen, die sicher in den Nerven der Abductoren spielten, der Impuls für die Antagonisten ganz besonders stark ausfällt. Bei völliger Ruhe war jedenfalls in unseren Fällen keine Adductorencontractur vorhanden. Es ist hinzuzufügen, dass Contracturen überhaupt sehr wechselnd sind und deshalb am besten für die Diagnose nicht zu sehr verwerthet werden. Es bleiben also meiner Erfahrung nach als characteristische Symptome bestehen: 1) Druckempfindlichkeit von Knochen, meist der Wirbelsäule im Bereiche des Lendentheiles; hierdurch werden wir zunächst veranlasst, eine osteomalacische Erkrankung in Berücksichtigung zu ziehen. 2) Sehr wichtig sind die Lähmungserscheinungen an verschiedenen Muskeln des Beckens und Oberschenkels, die in ihren stärkeren Graden sofort an dem watschelnden Gange (Entengange) der Patientinnen erkennbar werden. 3) Von wesentlich geringerer Bedeutung — wie alle Schmerzen — doch immerhin für die Diagnose verwerthbar, sind die eigenthümlichen subjectiven Beschwerden, welche wohl ostalgischer und neuritischer Natur sein dürften.

Mit diesen Angaben finde ich mich, wie jeder, der sich mit dem vorliegenden Gegenstande beschäftigt, finden wird, in bemerkenswerther Uebereinstimmung mit den Befunden, die Köppen publicirt, was für mich um so erfreulicher war, als ich nach einer Demonstration meines zweiten Falles im hiesigen ärztlichen Vereine durch Herrn Coll. Bruns erst auf genannte Arbeit hingewiesen wurde. Eine Entscheidung über die Frage, wie weit die von Friedrich u. A. beschriebenen Muskelveränderungen an dem Krankheitsbilde betheiligt waren, und welcher Art dieselben sind, war mir aus äusseren Gründen nicht möglich; sie wird der Klinik an reicherem Materiale vorbehalten bleiben. Ferner wird eine verdienstvolle Arbeit sein, die Intervertebrallöcher gesunder und osteomalacischer Frauen auf ihre Form und Grösse zu vergleichen, namentlich im Lumbal- und Sacralteil,

damit uns grössere Klarheit darüber wird, ob eine Compression von Nervenstämmen an diesen Austrittsstellen anzunehmen ist [1]).

In therapeutischer Hinsicht kann man wohl etwas optimistischer als Köppen urtheilen, der von Electricität und Massage nur unzulängliche Erfolge sah. Meine erste Patientin hat unter andauernder Phosphorbehandlung innerhalb einer etwa vierwöchentlichen Beobachtung gute Nächte und leichtere Gangart bekommen. Sie ist nach auswärts verzogen und nimmt, da sie Leberthran schlecht vertrug, Tritol. Jec. as. c. Phosph. weiter. Die zweite Patientin ging nach 8wöchentlicher Behandlung ohne Stock und hat jetzt nach 4monatlicher Behandlung weder Beschwerden noch auffälligen Gang.[2])

Ich habe mit 0,01 Phosphor begonnen, dann 0,03 und schliesslich 0,05 auf 100,0 Leberthran verwendet und davon 3mal täglich einen Theelöffel nehmen lassen.

Aehnlich günstige Resultate hat auch Latzko von der Phosphortherapie berichtet. Man könnte nach den Ergebnissen dieser Therapie geneigt sein, die von Cohnheim zuerst ausgesprochene, dann von Kassowitz vertheidigte Annahme zu acceptiren, dass die Osteomalacie die Rhachitis der Erwachsenen sei. Jedenfalls wird es aus der Annahme einer Stoffwechselerkrankung, einer osteomalacischen Diathese, uns leicht und verständlich, wenn wir Muskel-, Nerven- und Knochensystem erkrankt finden, wofür zur Erklärung die Hypothese Fehling's schwerlich genügen kann. Gelpke[3]) ist auch geneigt, als Grund eine schwere Stoffwechselstörung nach Art des Diabetes anzunehmen, jedoch nur bei der Einen grossen Gruppe der osteomalacischen Erkrankungen: der nicht puerperalen. Ich habe nicht nach den vorliegenden Mittheilungen zu der Ueberzeugung kommen können, dass sich eine derartige scharfe Trennung durchführen lässt. Auch Frau L., meine schwer erkrankte zweite Patientin, hatte nur einmal, und zwar vor zwölf Jahren, geboren. Gelpke selbst ist der Ansicht, dass neben regionären und hygienischen Einflüssen auch die Periode, wie Hennig zuerst ausgesprochen hatte, oft einen nicht zu verkennenden schädlichen Einfluss in der Entwicklung der Krankheit ausübt. Wie dem nun auch sein mag, so viel wird jeder zugestehen müssen, dass im Krankheitsbilde der Osteomalacie characteristische Symptome existiren, welche von Nerven und Muskeln ausgehen, und ich hoffe erneut dargethan zu haben, dass die Fälle nicht selten sind, in denen Muskelschwäche und Nervenreizungserscheinungen den erkennbaren Knochenveränderungen voraus gehen. Da genannte Erscheinungen aber völlig genügen, um aus ihnen allein die Diagnose zu stellen, und der unendliche

[1]) Centr. f. inn. Medicin 1897.

[2]) Ich konnte dieselbe kürzlich im hies. ärztl. Vereine als geheilt vorstellen; die Frau arbeitet seit Mitte October in vollem Umfange.

[3]) Ueber die Krankheiten des Rückenmarks in der Schwangerschaft. Wiesbaden 1886.

Werth einer frühzeitigen Diagnose für das rechtzeitige Beginnen einer Therapie auf der Hand liegt, so habe ich gewagt, diese Krankheitserscheinungen unter dem Namen **Initial**symptome der Osteomalacie in drei Gruppen zusammenzufassen. Wie ich oben schon die interessante Thatsache hervorhob, dass meine erste Patientin bei ziemlich deutlichen osteomalacischen Beckenveränderungen im übrigen weniger litt als die zum Gehen fast gänzlich unfähige Frau L., so soll natürlich auch nicht behauptet werden, dass stets in gleicher Deutlichkeit alle Symptome, namentlich nicht der III. Gruppe, vorhanden zu sein brauchen. Hat der Untersucher aber nur die Möglichkeit im Auge, dass eine Osteomalacie vorliegen könnte, so glaube ich doch, dass trotzdem stets genügende Anhaltspunkte für eine annähernd sichere Diagnose gegeben sein werden. Ich würde deshalb sehr befriedigt sein, wenn es mir durch die vorliegende Arbeit gelungen sein sollte, erneut die Aufmerksamkeit der Gynaekologen auf diesen Gegenstand zu lenken und vielleicht zur Verbreitung der bislang schon vorliegenden Thatsachen etwas beigetragen zu haben. Wie schon andere Aerzte verschiedene Krankheiten namhaft machten, von denen sie annahmen, dass sie häufiger mit den frühzeitigen Symptomen einer osteomalacischen Erkrankung verwechselt wurden, so möchte ich der Vermuthung Ausdruck geben, dass vielleicht eine Coccygodynie zuweilen nur deshalb angenommen wurde, weil man die Initialsymptome der Osteomalacie nicht im Auge hatte.

Ich recapitulire zum Schluss also:

1. Es giebt Erscheinungen der Osteomalacie, auf welche von neurologischer Seite schon seit vielen Jahren hingewiesen wurde und welche die Diagnose ermöglichen, ehe nennenswerthe Difformitäten des Knochensystems nachweisbar sind.

2. Die Gynaekologen haben bislang meist in viel zu einseitiger Weise auf Beckenveränderungen Werth gelegt, um eine bestehende Osteomalacie anzunehmen.

3. Die schwersten Knochenveränderungen der Osteomalacie dürften sich oft durch eine rechtzeitige und energisch eingeleitete Behandlung (Phosphor, phosphors. Kalk, ev. Castration) vermeiden lassen.

---

[4]) Herr Prof. J. Veit hatte auf meine Bitte die grosse Freundlichkeit, eine Reihe osteomalacischer Becken in der Beckensammlung der Leidener geburtsh. Klinik zu untersuchen und mit einigen pseudosteomalacischen zu vergleichen. Hierbei ergab sich bei der Mehrzahl der osteomalacischen Becken eine mehr oder weniger grosse, aber deutliche Verengerung der Foramina sacralia, besonders der hinteren, gegenüber den der pseudosteomalacischen Formen. — Darnach kann wohl mit annähernder Sicherheit geschlossen werden, dass auch die Forr. lumbalia bei osteomalacischer Erkrankung Veränderungen erleiden werden, und die im Texte geforderten Untersuchungen werden voraussichtlich interessante Resultate haben.

[5]) Gelpke, Die Osteomalacie im Ergolzthale. 1891.

Berichte.

Ueber Koch's Tuberkulin R.

Sammelbericht

von

Dr. STRUBE-Berlin.

Im April dieses Jahres übergab R. Koch sein Tuberkulin R. der Oeffentlichkeit. Eine grosse Reihe von Publikationen hat sich in den letzten Monaten mit den Resultaten beschäftigt, die die Behandlung der Tuberkulose mit diesem Präparat ergeben haben. Noch ist man zu keinem abschliessenden Urteil über den Wert des Mittels gelangt, doch sind die Ansichten durch diese Veröffentlichungen bis zu einem Grade geklärt, der eine zusammenfassende Besprechung berechtigt erscheinen lässt. Die deutsche medizinische Wochenschrift, die die Originalarbeit Koch's brachte, hat auch die Urteile verschiedenster ärztlicher Kreise und Spezialgebiete über das T. R. in einer Reihe von Artikeln vorgeführt.[1]) Was sich in der übrigen in- und ausländischen Litteratur zerstreut findet, ist zusammengestellt und im einzelnen referiert im Centralblatt für innere Medizin.[2]) Ausserdem enthalten die Berichte über den Kongress in Moskau Mitteilungen über das Mittel. Bei der grossen Rolle, welche die Tuberkulose und ihre Behandlung auch in der Gynäkologie spielt, verlohnt es sich gewiss, an dieser Stelle eine Uebersicht über die bisherigen Ergebnisse zu liefern.

Koch beschreibt in seiner einführenden Arbeit den mühsamen Weg, der ihn auf manchen Irrpfaden und Umwegen zur Darstellung des Mittels geführt hat. Dasselbe stellt eine Lösung hochvirulenter frischer Tuberkelbacillenkulturen in Wasser dar, wozu die Kulturen durch Trocknen und mechanisches Zerreiben vorbereitet werden. Die Ausführung des Präparats im Grossbetrieb haben die Höchster Farbwerke übernommen. Das Präparat wird in flüssiger Form in Mengen von 1 ccm und 5 ccm abgegeben. 1 ccm enthält 10 mg fester Substanz und kostet 8,50 Mk.

Die Absicht, welche Koch mit dem Tuberkulin erstrebt, ist, durch langsame Steigerung der Dosen den Körper gegen das Mittel und „damit auch gegen die Tuberkelbacillen selbst zu immunisieren", und zwar „gegen alle Bestandteile derselben". Er führt aus, wie ihm dies bei Tieren gelungen sei und wie er beim Menschen in geeigneten Fällen „bedeutende Besserungen" erreicht habe. Geeignet sind nach seiner Ansicht für die Tuberkulinbehandlung Fälle reiner Tuberkulosen in möglichst frühem Stadium. Die Anwendung geschieht in langsam steigender Dosis, derart, dass Reaktionen möglichst ganz vermieden werden.

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 14, 28, 30, 34, 36, 39, 40.
[2]) Centralblatt für innere Medizin. 1897. Nr. 37.

Soweit Koch. Aus den citierten Veröffentlichungen ergiebt sich nun zunächst Folgendes über die Zusammensetzung und allgemeine Wirkungsweise des Mittels: Das Präparat ist nach übereinstimmendem Urteile nicht selten verunreinigt, ferner inkonstant in seiner Giftstärke, daher ungleichmässig in seiner Wirkungsweise. Es sind Verunreinigungen mit Pneumo-Staphylo-Streptokokken, mit Schimmel- und Sprosspilzen, Tuberkelbacillen und Proteus an verschiedenen Orten konstatiert. (Maragliano, Bouchard und Nocard, Pfeifer, Schröder, von Menczi etc.) Die Ungleichwertigkeit der Virulenz des Mittels aus verschiedenen Darstellungsserien und die darauf beruhende Verschiedenartigkeit der Wirkungsweise gleicher Dosen ist von fast sämtlichen Beobachtern bemerkt. Mannigfach wird erwähnt, dass Patienten auf eine vorher gut vertragene Dosis plötzlich heftig reagierten mit Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis 41.3 ° (Bussenius), schweren Allgemeinerscheinungen, unter denen namentlich heftige Kopfschmerzen, Collaps, Cyanose, Herzklopfen, Gliederschmerzen erwähnt werden. Solche Erscheinungen traten auch dann ein, wenn vorsichtig mit der Steigerung der Dosis vorgegangen war, und dass sie nicht in der Art der Anwendung sondern in der Zusammensetzung des T. R. ihren Grund hatten, erhellt aus dem Umstand, dass die heftigsten Erscheinungen von dem am 11. Juni ausgegebenen Präparat hervorgerufen und an den verschiedensten Beobachtungsorten konstatiert wurden (Bussenius, Körner, Doutrelepont, Rossmann). Daneben sind allerdings auch Stimmen laut geworden, welche üble Wirkungen des T. R. bei genügender Vorsicht der Handhabung gänzlich vermeiden können zu glauben (Leick, Petruschky), andere, die die Nebenwirkungen wenigstens für ganz unerheblich ansehen. So stürmisch wie bei Alt-Tuberkulin sind nach allgemeiner Ansicht die Reaktionen der Patienten auf T. R. nicht. Als lokale Reaktion an der Stelle der Injection sind schmerzhafte, Tage oder Wochen anhaltende Infiltrate, die selten zu Abscedierung führten, Schwellung der regionären Lymphdrüsen von vielen Beobachtern notiert.

Neben diesen störenden Wirkungen und Unbequemlichkeiten, die sich bei der Anwendung des Mittels ergeben haben, sind die leichte Zersetzlichkeit desselben und der hohe Preis einer allgemeinen Verbreitung hinderlich. Ein Kubikcentimeter der Flüssigkeit kostet 8,5 M. und wenn anfänglich auch nur ein geringer Bruchteil dieser Menge gebraucht wird, ist doch wegen der Zersetzlichkeit des Mittels bei einem kleinen Krankenmaterial für jede Injection 1 ccm erforderlich. Auf der Höhe der Kur werden 2 ccm gebraucht, sodass jede Injection dann 17 M. kostet.

Ueber die therapeutische Leistungsfähigkeit des T. R. glauben die meisten Autoren entsprechend der kurzen Beobachtungsdauer noch kein abschliessendes Urteil fällen zu können. Es sind sehr absprechende Kritiken laut geworden (Schröder). Die Berichte des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses und des Frankfurter Krankenkauses (De la Camp; Pfeifer) verhalten sich ziemlich ablehnend, zuversichtlich sprechen sich nur wenige Publikationen aus (Petruschky, van Hoorn, Kraatzer). Die besten Resultate wurden wiederum, wie mit dem Alt-Tuberkulin an Lupuskranken erzielt, bei denen ja auch der Erfolg der Kur am leichtesten zu kontrollieren ist.

Bussenius, Doutrelepont, Gerber und Prang, Seeligmann, van Hoorn sahen relativ rasch auftretende Vernarbung der Lupusherde eintreten. Die Laryngologen meinen mit der alten örtlichen Behandlungsmethode schnellere und bessere Heilungen erzielt zu haben (Herzfeld, Bussenius). Bei der Tuberkulose des Mittelohrs erlebte Müller in der Trautmann'schen Klinik eine rasch eintretende Verschlimmerung und Ausbreitung des Leidens. Die Leser dieser Zeitschrift wird es interessieren, dass einer der wenigen positiven Erfolge sich bei einem Fall von Tuberkulose des weiblichen Genitalsystems ergeben hat. Seeligmann (Dtsch. med. Woch. Nr. 30) sah unter dem Einfluss von 40 T. R.-Injectionen eine beiderseitige Pyosalpinx und Endometritis tuberculosa fast völlig zurückgehen.

Die Erfahrungen, die bei der Behandlung der Lungentuberkulose gesammelt sind, lassen sichere Schlüsse über die Leistungsfähigkeit des Mittels nicht zu. Wenige Beobachter konstatierten Verschlechterung des lokalen Lungenbefundes, Vermehrung des Auswurfs, Gewichtsabnahme (Schröder,[1]) Jež[2]), die meisten keine Veränderung des Lungenleidens zum Teil bei gleichzeitigem Zunehmen des Körpergewichts (Bussenius, Leick, Hawyk, Schultze).

Am günstigsten lauten die Berichte aus Sanatorien, wo mit der Spritzkur gleichzeitig hygienisch diätisch behandelt wurde. Baudach (Schömberg) und Spengler (Davos) stellten Abnahme des Dämpfungsbezirks, der Rhonchi, der Menge des Sputums und Gewichtszunahme fest und erblicken in dem T. R. ein „wertvolles Mittel für die Phthiseotherapie."

Eine besondere Besprechung erfordert die Veröffentlichung Petruschky's.[3]) Mit ihm ist die Schule Koch's zur Sprache gekommen und ein Teil des Beobachtungsmaterials aus dem Institut für Infektionskrankheiten bekannt gegeben, dessen Veröffentlichung man erwarten musste, da Koch von „bedeutenden Besserungen" bei der Tuberkulose des Menschen gesprochen hatte, die durch T. R. erzielt seien. Hier haben wir an Stelle von viermonatlichen Krankengeschichten der übrigen Autoren planvoll durchgeführte Beobachtungen, die sich über mehrere Jahre erstrecken und an Personen gewonnen wurden, die inmitten der Schädigungen der Grossstadt lebend ohne wesentliche Aenderung von Lebensweise und Beruf der Behandlung mit Tuberkulin unterworfen wurden.

Petruschky stellt als Gesichtspunkte für die Behandlung mit Tuberkulin auf: Auswahl von Tuberkulosefällen ohne Mischinfektion, in möglichst frühen Stadien. Doch auch weiter vorgeschrittene Fälle reiner Tuberkulose eignen sich zu erfolgreicher Behandlung. Die Methode besteht in Spritzkuren, bis die Reaktionsfähigkeit des Körpers gegen eine bestimmte Menge des Mittels (50—100 mg) erschöpft ist und mehrfach Erneuerung dieser Kuren nach Pausen von 3 Monaten. (Etappen-Behandlung.)

---

[1]) Schröder, Münchener med. Woch. Nr. 29.
[2]) Jež, Wiener med. Woch. Nr. 31.
[3]) Dtsche med. Woch. Nr. 39-40 nach einem Vortrag auf dem Kongress in Moskau.

Die therapeutischen Resultate sind nach den mitgeteilten Krankengeschichten mehrjähriger Beobachtung gut für die reine Drüsen- und initiale Lungentuberkulose. Fortgeschrittene Fälle werden zum Teil trotz Mischinfektionen geheilt, zum Teil nicht. Die Erfolge erscheinen nach Petruschky's Urteil deshalb um so wesentlicher, weil sie ohne die Unterstützung durch klimatische Behandlung erzielt wurden.

An eine allgemeine Einführung des Mittels in die Praxis der Aerzte glaubt Petruschky nicht, sondern plädiert für die Bildung von Centren, in denen eventuell unter gleichzeitiger klimatischer Behandlung, doch auch ohne diese, wo sie nicht durchführbar ist, die Tuberkulinkur den breiten Schichten der Bevölkerung zugängig gemacht werden könnte. Auch Petruschky erkennt die Mängel des T. R. bezüglich seiner Inkonstanz, Verunreinigungen und Preishöhe an.

Weitere Veröffentlichungen von Seiten Koch's und seiner Schüler, welche das Urteil, dass „bedeutende Besserungen" erzielt seien, durch Krankengeschichten belegen, stehen noch aus.

Zur Zeit steht die Sache demnach so, dass bei sehr geringen positiven Heilerfolgen, die dem Mittel zugesprochen werden, demselben eine Reihe von Mängeln anhaften, welche geeignet sind, das T. R. in Misskredit zu bringen, jedenfalls eine weite Verbreitung hindern. Es dürfte eine Lebensfrage für das Tuberkulin sein, ob sich diese Mängel beseitigen lassen.

Berlin, Oktober 1897.

Ueber die im Jahre 1896 in Ungarn erschienenen Arbeiten geburtshülflichen und gynäkologischen Inhalts.

Sammelbericht

von

DR. SIEGFRIED NEUMANN,

Assistent an der II. geburtshülfl. gynäk. Klinik zu Budapest.

Literatur-Verzeichniss.

1. Dr. Béla Alexander, Abgang der unversehrten Eihäute nach Resorption des Embryo. — Magyar orvosi archivum. 1896, S. 598.
2. Dr. Joseph Bäcker, Foetus papyraceus. Aus der 1. geb. und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 11. Februar 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
3. Dr. Joseph Bäcker, Foetus papyraceus. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 14. April 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest. (s. Sitzungsbericht).
4. Dr. Joseph Bäcker, Uterus didelphys, Haematometra und -salpinx. Aus der 1. geb. u. gyn. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 14. April 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins (s. Sitzungsbericht).
5. Dr. Joseph Bäcker, Ein Fall von Uterusruptur. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung

vom 3. November 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).

6. Dr. Joseph Bäcker, Zwei Fälle von Sectio caesarea. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 22. Dez. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
7. Dr. Joseph Bäcker, Ueber die Behandlung des Gebärmutterkrebses. Aus der 1. geb. u. gyn. Universitätsklinik zu Budapest. Orvosi Hetilap 1896. S. 257, 271, 286, 299.
8. Dr. Joseph Bäcker, Bericht über die Thätigkeit der unter Leitung des Prof. v. Kézmárszky stehenden 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik.
9. Dr. Akusius Barothy, Atresia vaginae totalis. Demonstr. in der Aprilsitzung des naturwissenschaftlichen Vereins der Aerzte und Apotheker des Comitates Bihar. Orvosi Hetilap 1896—445.
10. Dr. Karl Bodon, Ueber die Nachbehandlung bei Laparotomie. Gyógyászat 1896, S. 344.
11. Dr. Karl Bodon, Ueber antiseptische und aseptische Verfahren. Gyógyászat 1896. S. 50, 62.
12. Dr. Karl Bodon, Ueber drei mit Ovariinum siccum behandelte Fälle. Orvosi Hetilap 1896, S. 509.
13. Docent Dr. Gusztav Dirner, Cysta tubo-ovarialis. Demonstr. in der Sitzung vom 3. März 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
14. Docent Dr. Gusztav Dirner, Kystoma papillare superficiale (Olshausen). Demonstr. in der Sitzung vom 3. März 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
15. Docent Gusztav Dirner, Operirter Fall von Vulvitis pruriginosa. Demonstr. in der Sitzung vom 10. Nov. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
16. Docent Dr. Gusztav Dirner, Fall von transperitonealer Exstirpation eines Nierentumors. Demonstr. in der Sitzung vom 10. Novemb. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
17. Docent Dr. Gusztav Dirner, Fall von Adenoma destruens uteri. Demonstr. in der Sitzung vom 22. Dec. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
18. Docent Dr. Gusztav Dirner, Kaiserschnitt bei Osteomalacie. Demonstr. in der Sitzung vom 29. Juni 1896 des Vereins der Spitalsärzte. (Jahrbuch des Vereins der Spitalärzte).
19. Dr. Alexander Doctor, Ueber die verschiedenen Operationsmethoden der Uterusfibrome. Vortr. gehalten in der Sitzung vom 10. Nov. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest. (S. Sitzungsbericht). Gyógyászat 1896, S. 572. 586, 598, 609.
20. Dr. Alexander Doctor, Eröffnung einer Dermoid- oder Echinococcuscyste per vaginam. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 22. Dec. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
21. Dr. Alexander Doctor, Die Gynäkologie im Ausland. Gyógyászat 1896. S. 363, 373, 396 (Reisebericht).
22. Prof. Dr. Julius Elischer, Fall von abdomineller ectopischer Schwangerschaft. Demonstr. in der Sitzung vom 21. April 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
23. Prof. Dr. Julius Elischer, Cancroid der Portio complicirt mit einem Fibromyom des Uterus und einer Ovarialcyste. Demonstr. in der Sitzung vom 11. Dec. des Vereins der Spitalsärzte. Jahrbuch des Vereins der Spitalsärzte.
24. Prof. Dr. Julius Elischer, Operation eines retroperitonealen Tumors; Nephrectomie. Demonstr. in der Sitzung vom 4. Nov. 1896 des Vereins der Spitalsärzte. Jahrbuch des Vereins der Spitalsärzte.
25. Prof. Dr. Julius Elischer, Fünf Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Demonstr. in der Sitzung vom 15. April 1896 des Vereins der Spitalsärzte. Jahrbuch des Vereins der Spitalsärzte.

26. Prof. Dr. Gabriel Engel, Ueber den Einfluss der Influenza auf die weibl. Genitalien. Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 8. Mai 1896 des siebenbürgischen Museum-Vereins. Orvosi Hetilap 1896. S. 415, 429.
27. Prof. Dr. Gabriel Engel, Gynäkologische Operationen. Vortrag gehalten in der Sitzung vom 6. Dec. 1895 des siebenbürgischen Museum-Vereins Orvosi Hetilap 1896, S. 143.
28. Dr. Hugo Fleischmann, Zwei Fälle von doppelseitigen Ovarialtumoren. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik. Demonstr. in der Sitzung vom 14. April 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
29. Dr. Jacob Frommer, Onanie bei einem 2½ jährigen Mädchen. Gyógyászat 1896, S. 288.
30. Dr. Hugo Goldberger, Seltene Zwillingsfrüchte: a) congenitale Hautdefecte am ausgetragenen Kinde, b) Foetus papyraceus. — Demonstr. in der Sitzung vom 21. April 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
31. Dr. Julius Grósz, Zur Frage der Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Soorkrankheit bei Neugeborenen. Aus der 2. geb. und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Orvosi Hetilap 1896. S. 85, 100, 127.
32. Dr. Julius Grósz, Congenitale cerebrale Diplegie bei einem aus Extra uterinschwangerschaft stammendem Säugling. Aus der 2. geb. und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Orvosi Hetilap 1896. S. 184, 198.
33. Docent Dr. Emanuel Herczel, Laparotomie bei Peritonitis septica. Heilung. Demonstr. in der Sitzung vom 21. October 1896 des Vereins der Spitalsärzte. Jahrbuch des Vereins der Spitalsärzte.
34. Dr. Julius Kiss. Ueber die Operationen auf sacralem Wege, mit besonderer Rücksicht auf die Exstirpation des Mastdarms. Aus der Krankenhaus-Abtheilung und Privatklinik des Docenten Dr. Emanuel Herczel. Orvosi Hetilap 1896, S. 124, 138, 150, 165, 176.
35. Prof. Dr. Markus Konrád, Die Thätigkeit der Kgl. ungar. Hebammenschule zu Gross-Wardein im Jahre 1894. Vortrag, gehalten im naturwissenschaftlichen Verein der Aerzte und Apotheker des Comitates Bihar. Orvosi Hetilap 1896, S. 386.
36. Prof. Dr. Markus Konrád. Ein mit der Scheidenwand verwachsenes und operativ entferntes Pessar. Vortrag, gehalten im naturwissenschaftl. Verein der Aerzte und Apotheker des Comitates Bihar. Orvosi Hetilap 1896, S. 446.
37. Dr. Eugen Korda, Fall von Osteomalacie. Demonstr. in der Sitzung vom 28. März 1896 des Vereins der Aerzte und Apotheker des Comitates Máramaros. Orvosi Hetilap 1896, S. 277.
38. Dr. Joseph Ligeti, Ueber eine normale und tubo-uterine Schwangerschaft, beziehungsweise Abort. Orvosi Hetilap 1896, S. 360.
39. Dr. Joseph Ligeti, Geburtshinderniss, verursacht durch Ascites der Frucht. Orvosi Hetilap 1896, S. 625.
40. Dr. Samuel Lindner, Zur Frage der absichtlichen Sterilität. Gyógyászat 1896, S. 309.
41. Dr. Ferdinand Liszt, Ruptura centralis perinei. Gyógyászat 1896, S. 429.
42. Dr. Joseph Lovrich, Pathologisch-anatomische Präparate aus der 1. geb. und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 22. Dec. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
43. Prof. Dr. Jakob Mann, Die Thätigkeit der Kgl. ungar. Hebammenschule zu Szegedin in den Jahren 1884—94.
44. Dr. Siegfried Neumann, Weitere Untersuchungen über die Stoffwechselverhältnisse des Calciums, Magnesiums, der Phosphorsäure und des Nitrogens bei puerperaler Osteomalacie, mit besonderer Rücksicht auf die durch die Castration und andere therapeutische Eingriffe verursachten Veränderungen des Stoffwechsels. Aus der 2. geb. und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Magyar orvosi Archivum 1896, S. 125, 236.

45. Dr. Siegfried Neumann, Untersuchungen über Schwefelsäureausscheidung und Darmfäulniss bei Wöchnerinnen. Aus der 2. geb. und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Magyar orvosi Archivum 1896, S. 472.
46. Dr. Béla Pacauer, Ein operirter Fall von Leiomyoma submucosum uteri. Gyógyászat 1896, S. 497.
47. Dr. Hugo Pápai, Die geburtshilfliche Poliklinik der kgl. ungar. Hebammenschule zu Pressburg. Gyógyászat 1896, S. 4, 18, 41.
48. Prof. Dr Otto Pertik, Ueber das Marmorek'sche Antistreptococcen-Heilserum. Ujabb gyógyszerek és gyógymódok 1896, S. 1 (Beilage zu „Orvosi Hetilap").
49. Dr. Elias Petrasco, Abort nach Guajacol. Gyógyászat 1896, S. 31.
50. Dr. Alexander Platzer, 46 Fälle von Placenta praevia. Aus der 1. Geb.- und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Orvosi Hetilap 1896, S. 585. 598.
51. Dr. Adolf Reismann, Ein operirter Fall von ectopischer Schwangerschaft mit lebender Frucht. Aus der 2. geb. und gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Orvosi Hetilap 1896, S. 172.
52. Docent Dr. Samuel Rona, Riesenpapillome der weiblichen Genitalien ohne Gonorrhoe. Demonstr. in der Sitzung vom 15. April 1896 des Vereins der Spitalsärzte. Jahrbuch des Vereins der Spitalsärzte.
53. Dr. Josef Ruber, Zwei regelwidrige Geburten. Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte und Apotheker des Comitates Gömör. Orvosi Hetilap 1896, S 103.
54. Dr. Heinrich Schultz, Verweilkatheter bei acutem Blasenkatarrh. Gyógyászat 1896. S. 391.
55. Dr. Heinrich Schultz, Zur Frage der Durchgängigkeit der Eileiter. Gyógyászat 1896, S. 378.
56. Dr. Heinrich Schultz, Beiträge zur Pathologie und Therapie der weiblichen Gonorrhoe. Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 11. Februar 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
57. Dr. Alexander Szabó, Fall von Blaseninversion und grosser Blasen scheidenfistel. Aus der geb. und gynäk. Abtheilung des Krankenhauses zu St. Rokus. Demonstr. in der Sitzung vom 10. Nov. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
58. Dr. Alexander Szabó. Ueber den gegenwärtigen Stand der Geburtshilfe und Gynäkologie in Deutschland (Reisebericht). Orvosi Hetilap 1896. S. 412, 424. 448; 462, 493.
59. Joseph Szabó, Die Milchdrüse in ruhendem und functionirendem Zustande. Aus dem physiologischen Institute der Kgl. Universität zu Budapest. Magy tud. Academia 1896, H. 20.
60. Prof. Dr. Wilhelm Tauffer, Drei Fälle von complicirten Blasenscheidenfisteln. Demonstr. in der Sitzung vom 11. Februar 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
61. Prof. Dr. Wilhelm Tauffer, Zwei Fälle von Blasenscheidenfisteln. Demonstr. in der Sitzung vom 22. December 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).
62. Prof. Dr. Wilhelm Tauffer, Zwei Fälle von Ovariotomien per vaginam. Demonstr. in der Sitzung vom 22. Decemb. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s Sitzungsbericht).
63. Dr. Rudolph Temesváry. Die armen Wöchnerinnen Vortrag. gehalten im Landesverein für Hygiene. Egészség 1896, S. 10.
64 Dr. Rudolph Temesváry, Zur Ammenfrage. Gyógyászat 1896, S. 100, 109. 121, 131.
65. Dr. Stephan Tóth, Zwei Fälle von Pseudomyxoma peritonei. Aus der 2. geb. u. gynäk Universitätsklinik zu Budapest. Mitgetheilt in der Sitzung vom 3. März 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins (s. Sitzungsbericht).

66. Dr. Stephan Tóth, Ueber Electricität bei Frauenkrankheiten. Aus der 2 geb. u gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 14. April 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht). Orvosi Hetilap 1896, S. 427, 442.

67. Dr. Stephan Tóth, Zwei Fälle von Sectio caesarea wegen Beckenenge, verursacht durch Geschwülste. Aus der 2. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 21. April 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).

68. Dr. Stephan Tóth, Gravidität bei Uterusmyom. Drei Fälle. Aus der 2. geb. u. gynäk. Universitätsklinik. Demonstr. in der Sitzung vom 3. Novemb. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins (s. Sitzungsbericht).

69. Dr. Stephan Tóth, Zwei Fälle von doppelseitigem Ovarialpapillom. Aus der 2. geb. und gynäk. Universitätsklinik. Demonstr. in der Sitzung vom 22. Decemb. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).

70. Dr. Stephan Tóth, Durch die Laparotomie entfernter hydronephrotischer Sack. Aus der 2. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 29. Febr. des Kgl. Aerztevereins zu Budapest.

71. Dr. Stephan Tóth, Ueber Ovariumtherapie. Ujebb gyógyszerek es gyógymódok 1896, S. 2 (Beilage des „Orvosi Hetilap").

72. Prof. Desiderius v. Velits, Die Thätigkeit der Kgl. ung. Hebammenschule zu Pressburg in den Jahren 1873—1894/95.

73. Dr. Béla Walla, Studien über 115 Zangenoperationen. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Orvosi Hetilap 1896, S. 379, 392.

74. Dr. Béla Walla, Fall von kyphotischen Becken. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 21. April 1896 der gynäk. Section des Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).

5. Dr. Béla Walla, Beiderseitige Hydrosalpinx. Aus der 1. geb. u. gynäk. Universitätsklinik zu Budapest. Demonstr. in der Sitzung vom 3. Nov. 1896 der gynäk. Section des Kgl. Aerztevereins zu Budapest (s. Sitzungsbericht).

1. Alexander. Bei einer 24jährigen I. para erfolgte im 2. Monate der Schwangerschaft der Abort, wobei ein gänseeigrosses Ei ausgestossen wurde. Dasselbe enthielt eine wasserklare Flüssigkeit, in welcher auch nicht die Spuren des Embryo nachgewiesen werden konnten. Verf. gelangt nach genauem Studium der anatomischen und histologischen Verhältnisse des Falles zur Annahme, dass die Frucht, in der 3. Woche abgestorben und allmählich resorbirt wurde, wogegen die Eihäute weiter ernährt und nur infolge der durch einen mechanischen Insult zwischen Decidua vera und reflexa erfolgten Blutung ausgestossen wurden.

7. Bäcker. Die Frequenz des Krebses betrug während 13 Jahren 6·35 % (705 Fälle) des gesammten ambulanten Krankenmateriales.

Bezüglich der Aetiologie des Leidens kommt in erster Reihe das Alter in Betracht; die grösste Zahl der Erkrankungen entfällt auf das Lebensalter von 36—50 Jahren. Auf das Alter der Geschlechtsreife (21—45 J.) entfallen 62·40 %, auf das Klimakterium (46—55) 28 %, darüber 9·49 %. Der günstigste Zeitraum für das Auftreten der Krankheit ist daher das geschlechtsreife Alter, u. z. um so mehr, je näher das Klimakterium heranrückt. — Ein zweites aetiologisch sehr

wichtiges Moment ist die Häufigkeit der Geburten. Im bearbeiteten Material betrug die Durchschnittsfertilität der an Carcinom Erkrankten 4·71, der Nichterkrankten 3·05; von den letzteren hatten 25 %, von den Erkrankten hingegen nur 8·6 % nicht ein einziges Mal geboren. — Bei 88 % der Erkrankungen hatte die Geburt keinen unmittelbaren Einfluss auf die Entwickelung der Krankheit ausgeübt; die Geburt als Trauma ist daher indifferent. Verf. nimmt jedoch an, dass die Geburten Veränderungen im Gebärmutterinnern hervorrufen, welche unter gewissen Verhältnissen zur Entwickelung maligner Bildungen praedisponiren, u. z. um so mehr, je häufiger sie sich wiederholt haben. — Die histologischen Untersuchungen B.'s haben ermittelt, dass das Carcinom mit Vorliebe in Uteris mit entzündetem Endometrium auftritt. Die Blenorrhoe ist an und für sich kein praedisponirendes Moment, obwohl sich unter den Fällen B. s. auch solche befanden, bei welchen gonorrhoische Veränderungen entschieden nachzuweisen waren. — Dass puerperale oder ähnliche Endometritiden in der Aetiologie des Carcinoms eine grosse Rolle spielen, dafür scheint auch der Ort des Auftretens zu sprechen: puerperale, d. h. im geschlechtsreifen Alter sich entwickelnde Endometritiden sind zumeist auf die Cervix beschränkt und in diesem Alter ist auch das Carc. der Portio und der Cervix am häufigsten, wogegen im höheren Lebensalter die Corpuscarcinome vorwiegen. — Auf die Lues, Tuberculose, Racenunterschiede etc. — als aetiologische Momente — legt Verf. kein besonderes Gewicht.

Die Operabilität der an Carc. Erkrankten betrug im Durchschnitt 10 %; in den letzten Jahren jedoch trat eine Besserung dieses Verhältnisses ein; im Jahre 1895 waren sogar noch 22 % sämmtlicher Erkrankten operabel. —

Von den 70 Fällen wurde bei 69 die vaginale, bei einem die abdominale Totalexstirpation vorgenommen, bei ersteren mit einer Mortalität von 11·6 % (5 mal septische Infection, 2 mal Volvulus und Ileus, 1 mal Marasmus). Die Morbidität betrug 25:69, jedoch wurden Temperaturen über 39° nur bei drei Operirten beobachtet. Exsudate kamen 3 mal vor, Blasenscheidenfistel 8 mal, Eröffnung des Mastdarmes 1 mal. —

Bezüglich des Dauererfolges führt Verf. einen Fall an, der seit 10, einen, der seit 7, zwei, die seit 6, einen, der seit 5 und drei, die seit 4 Jahren recidivfrei sind, ganz abgesehen von jenen Fällen, die erst seit 2—3 Jahren in Beobachtung stehen. Sämmtliche endgültig geheilten Fälle waren Portio beziehungsweise Corpuscarcinome, welche in Bezug auf Dauererfolg ohne Zweifel günstiger sind, als die Cervixcarcinome.

Das an der Klinik übliche Operationsverfahren ist die Hysterektomia vaginalis, welche mit den im Laufe der Jahre aufgetauchten, zumeist unwesentlichen Modificationen geübt wird. Als die vollkommenste Methode wurde jene erkannt, bei welcher nach Entfernung des Uterus exacte Blutstillung, Fixation der Stümpfe in die Wundwinkel und Vernähung des Scheidengewölbes vorgenommen wird. Nur in jenen Fällen, wo noch Blutsickern besteht, oder nach unreinen Operationen wird von dem vollkommenen Verschluss des Scheidengewölbes abgesehen.

Die Adnexe wurden, wenn nur irgend möglich, ebenfalls abgetragen, selbstverständlich auch bei Adnextumoren; wo sich der Abtragung grosse Schwierigkeiten entgegenstellten, wurden die Adnexe belassen.

Gegen die Klammermethode, wie auch gegen die Igniexstirpation nimmt Verf. entschieden Stellung. Er verwirft auch die hohe Amputation, die er, ganz abgesehen von vielen anderen Nachtheilen, auch schon aus dem Grunde verurtheilt, weil, wenn sämmtliche Erfahrungen dafür sprechen, dass das Carcinom eine inveterirte Form der Endometritis darstellt, so muss auch anerkannt werden, dass dieselben histologischen Veränderungen, die zur Entwickelung des Carcinoms geführt haben, später im verbleibenden Theil des Uterus zur Geltung kommen können; und dann ist es auch leicht möglich, dass mikroskopische Knötchen zurückbleiben.

8. Bäcker. Das geburtshülfl. Material der Klinik umfasste im Berichtsjahr 951 Geburten; die puerp. Morbidität betrug — sämmtliche, auch einmalige Fiebertemperaturen mit eingerechnet — 17·56 %; gestorben sind insgesammt 7 (0·73 %), davon 3 während oder unmittelbar nach der Geburt; hierzu kommen noch zwei auf andere Kliniken verlegte und dort verstorbene Wöchnerinnen. Von diesen 9 Todesfällen kann nur ein einziger (Pyaemie) der Klinik zur Last gelegt werden.

Desinfectionsmittel werden nur zur subjectiven Desinfection angewendet, die Gebärenden und Wöchnerinnen hingegen werden ausschliesslich mit sterilem Wasser behandelt. — Die fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett waren zumeist durch die während der Geburt entstandenen Verletzungen, operative Eingriffe und Retention von Eihäuten verursacht. Bei Eihautretention wird nur dann eingegriffen, wenn hiefür dringende Indicationen: Blutung, Fieber, vorliegen. — Dammrisse kamen 88 vor (Morbidität 17·05 %), davon heilten nach der Naht 68 (77·27 %) per I. reunionem. Nach 13 Episiotomien erfolgte 9 mal I. Reunio. Als Nähmaterial wurde im ersten Dritttheile des Jahres Catgut (fortlaufend) verwendet, infolge gewisser äusserer Verhältnisse bewährte sich letzteres nicht nach Wunsch und darum wurden Versuche mit Silkwormgut und Catgut (Knopfnähte) angestellt, die ausgezeichnete Resultate ergaben.

Von den 956 Neugeborenen wurden todt geboren 33, macerirt 46.

Geburtshülfl. Operationen kamen vor: 88 Scheiden-Dammnähte, 13 Episiotomien, 6 Wendungen auf den Kopf, 2 Wendungen mit combinirten, 7 mit inneren Handgriffen, 25 Expressionen, 11 Zangen, 30 Extractionen, 2 Perforationen, 1 Decapitation, 2 Eviscerationen, 2 conservative Kaiserschnitte, 1 Laparotomie (nach Uterusruptur), 2 Abortausräumungen, 1 Placentarlösung und je eine künstliche Frühgeburt und Abort.

Von Regelwidrigkeiten der Geburt kamen vor: 15 Zwillingsgeburten, 1 Hydramnios, 3 Plac. praeviae, 55 Aborte, 1 Blasenmole, 2 Eclampsien und 8 mal Nabelschnurvorfall. — Strassengeburten sind verzeichnet 8, Lungenoedem 1, Ileus 1, Carcinoma uteri 1, Fibrom 1, Uterusruptur 1. —

Gynäkologie.

Die Zahl der in der Klinik behandelten gynäk. Fälle betrug 209; u. z.: Entwickelungsanormalien 2, Lageveränderungen 17, entzündliche Erkrankungen 66, ectop. Schwangerschaft 7, Uterusgeschwülste 67, Ovarialgeschwülste 30, Erkrankungen der Blase und Harnröhre 9, Hyperemesis gravidarum 1, Echinococcus 1, Osteomalacie 2; ohne Diagnose entlassen wurden 7 Patientinnen. —

Bei Behandlung der Vorfälle wurde bei 2 alten Frauen die Freund'sche Methode versucht; der Erfolg war ein sehr günstiger, jedoch nur vorübergehender. Von den 8 Retrodeviationen wurde nur ein einziger Fall operativ behandelt, u. z. mit der Vaginaefixatio, die auch seither öfters und stets mit gutem Erfolg geübt wurde, jedoch immer nur als letzte Zuflucht, nachdem sie infolge der Eröffnung der Bauchhöhle einen das Leben gefährdenden Eingriff bedeutet.

Bei 22 Fällen von Endometritis haemorrh. wurde die Ausschabung und einmal auch die Austastung des Cavum uteri vorgenommen.

Bei 26 Fällen von Gonorrhoea ascensa wurde 4 mal sehr behutsame Massage und heisse Vaginalirrigationen angewendet; bei 13 Patientinnen wurde wegen dysmen. Störungen, profusen Menses und Metrorrhagien — trotzdem Adnextumoren bestanden — ohne vorausgegangene Dilatation sehr vorsichtige Curettage vorgenommen und als Nachbehandlung mehreremal Jod injicirt. — Radicaloperationen wurden bei 9 sehr chronischen, lange Zeit hindurch erfolglos behandelten Gonorrhoen vorgenommen, u. z. 7 Laparotomien und zwei vaginale Totalexstirpationen. Die endgültige Genesung der radical Operirten liess bei der Mehrzahl der Fälle lange auf sich warten. Verf. hält die vaginale Methode für die Operation der Zukunft, besonders bei Fällen, die mit Pyosalpinx complicirt sind.

Bezüglich der Behandlung der ectop. Schwangerschaft steht die Klinik auf dem Standpunkte, dass in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft nur jene Tumoren exstirpirt werden sollen, welche eine lebende Frucht zu enthalten scheinen, oder wenn innere Blutung auftritt. Bei abgestorbener Frucht oder Haematocele retrouterina ist das abwartende Verfahren am Platze. Wo jedoch die Schwangerschaft bis zur 2. Hälfte oder über diesen Zeitpunkt hinaus fortgeschritten ist, soll stets laparotomirt werden. —

Von Geschwülsten der Gebärmutter wurden 31 Fibromyome und 36 Carcinome aufgenommen. Bezüglich der Myombehandlung steht die Klinik auf einem streng conservativen Standpunkte und werden alle möglichen symptomatischen Behandlungsmethoden (Abrasio, Ergotin Denzel, heisse Irrigation, Apostoli'sche Behandlung) geübt. Ausserdem wurde viermal die Castration, einmal nebst derselben die Enucleation und viermal die Myomotomie gemacht. Und wenn das Mortalitätsverhältniss bei den letzteren 4 Fällen auch ein sehr ungünstiges (50 %) war, so darf bei Beurtheilung derselben nicht ausser Acht gelassen werden, dass diese Operationen ohne Ausnahme nur auf Grund vitaler Indicationen vorgenommen werden. Ausserdem war bei dem einen tödtlich verlaufenen Fall ein Myomknoten necrotisch zerfallen und septischen Inhaltes, beim zweiten aber trat der Tod infolge grosser Anaemie 10 Stunden nach der Operation ein. —

Bei den 36 Fällen von Carcinom wurde 13mal die radicale Operation (mit 2 Todesfällen) und 20mal die Ecochleation und Aetzung mittelst Paqueline vorgenommen; bei einem der letzten Fälle wurde infolge Eröffnung des Douglas drainirt; Pat. genas ohne Reaction. —

Von 30 Ovarialtumoren kamen 27 zur Operation: Davon waren 13 gutartige Kystome (1 Todesfall infolge Nachblutung), 1 Cystis tubo-ovarica, 1 myxoides Kystom, 2 Dermoide (einmal doppelseitig), 1 praeperitoneale, ungestielte Cyste und 2 vereiterte Kystome (ein Todesfall infolge Infection der Bauchhöhle). Maligne Tumoren sind 7 verzeichnet: 1 Fibrosarcoma ovarii, 1 Cystoma papillare, 3 Cystadenome, 1 Cystocarcinom und 1 Adenocarcinom. —

Von anderen Operationen seien noch erwähnt: 2 Castrationen bei Osteomalacie mit vollkommen befriedigendem Erfolg und eine Laparotomie wegen Echinococcus, wo der Tumor theilweise mit dem jejunalen Abschnitt des Dünndarmes zusammenhing, theilweise aber zwischen der Blase und dem rechten Rande des Uterus zur Entwickelung kam. Der ersterwähnte Theil der Geschwulst wurde vollkommen entfernt, bei dem letzteren aber wurde der Sack herausgenäht und tamponirt. Heilung. —

9. Barothy. Es wurde bei der Pat. ausser der Atresia vaginae totalis auch eine mangelhafte Entwickelung der inneren Genitalien nachgewiesen.

10. Bodon. Verf. empfiehlt vor allem 4stündliche Temperaturmessungen und genaue Beachtung des Pulses. Bei höherer Frequenz des letzteren sollen Klysmen mit Wein- oder Cognaczusatz verabfolgt werden. — Am Operationstage dürfen die Pat. nur auf 40° C. erwärmtes Wasser — theelöffelweise — zu sich nehmen, am 2. Tage hingegen gestattet er schon Bouillon, Beaftea und Thee mit Milch, jedoch nur dann, wenn kein Erbrechen vorhanden ist. Am 3. Tage bestehe die Diät aus Suppe mit Ei, etwas rohem, geschabtem Fleisch, Fisch oder jungem Huhn. Ein Hungern der Pat. ist nicht statthaft, es soll vielmehr die Darmperistaltik durch Verabreichung von Nahrung angeregt werden; zu demselben Behufe soll 8—10 Stunden nach der Operation ein kleiner Rectaltubus in den After eingeführt und dies stündlich insolange wiederholt werden, bis Winde auch spontan abgehen. Bliebe all dies erfolglos, gebe man nach 3 Tagen ein Klysma mit Seifezusatz und wiederhole dasselbe je nach Bedarf. —

Für den ersten Verbandwechsel und die Entfernung der Nähte fixirt Verf. den 10.—12. Tag; vom 14. Tage ab dürfen die Pat. für einige Stunden das Bett verlassen, endgültig jedoch darf dies erst nach 3 Wochen geschehen. —

Gegen schleimiges oder durch Galle gelb gefärbtes Erbrechen erweist sich das theelöffelweise verabreichte warme Wasser als sehr günstig; es löst den Mageninhalt und erleichtert den Brechakt. Das Wenden des Kopfes zur Seite ist beim Erbrechen nicht zweckmässig, nachdem hierdurch der Oesophagus eine Drehung erleidet; besser ist es, die Pat. behutsam ganz auf die eine oder die andere Seite zu legen. Bei sehr heftigem, unstillbarem Erbrechen darf 1—2 Tage hindurch nichts per os verabreicht werden; die Pat. sollen inzwischen durch Nährklysmen ernährt werden. —

Gegen Durst erweist sich das Trinken und Ausspülen des Mundes mit warmem Wasser ebenfalls sehr zweckdienlich; Eisstückchen sind zu verwerfen. Nach erheblichen Säfteverlusten, die in erster Reihe als die Ursachen des quälenden Durstes zu betrachten sind, gebe man phys. Kochsalz- oder Tavel'sche Lösung in Form von Infusionen oder Klysmen. —

Die Dosirung von Opium oder Morphium hält Verf. geradezu als schädlich; sie stillen das Erbrechen nicht immer, ja nach Opium ist häufig eine Verschlimmerung zu beobachten, ausserdem wirkt es lähmend auf die Peristaltik und Secretion der Därme.

Gegen den Shock, welcher während und auch nach der Operation erfolgen kann, werden folgende Vorsichtsmaassregeln empfohlen: Temperatur des Operationssaales nicht unter 18—19 ° R., heizbarer Operationstisch, Einhüllen der Beine in warme Tücher, tiefe Narkose, Vermeidung von Traumen und grossen Säfteverlusten, wie auch der zu starken Abkühlung der Baucheingeweide (Trendelenburg'sche Lagerung, warme, sterile Compressen oder Schwämme). Sollte trotz alldem Shock erfolgen, empfehlen sich die schon erwähnten Kochsalzinfusionen (in extremis direct in die Vena basilica), Klysmen, wie auch subcutane Strychnininjectionen. —

Als Prophylakticum gegen sept. Peritonitis, die mitunter durch Auswanderung von Bact. coli verursacht wird, empfiehlt Verf. die Desinfection des Darmtractus mit Calomel. — Wenn sept. Peritonitis aufgetreten, soll die Bauchhöhle eröffnet und mit sterilem Wasser gründlich gereinigt werden. —

Gegen Paralyse der Darmwände wird besonders Vermeidung von antiseptischen Mitteln und Zerrung der Darmschlingen betont; ausserdem soll die Peristaltik durch Opium nicht herabgesetzt, sondern durch Verabreichung von warmen Wasser und möglichst frühzeitige Ernährung per os angeregt werden, wodurch auch den Verwachsungen der Darmschlingen am günstigsten vorgebeugt wird.

Zur Vermeidung von Hernien empfiehlt Verf. die Incision in der Mittellinie des einen Rectus anzulegen, die Bauchwunde durch Etagennaht zu schliessen und endlich das Tragen einer Bauchbinde. —

12. Bodon. Bei Fall I. hat Verf. das Mittel wegen Ausfallerscheinungen nach beiderseitiger Ovariotomie mit bestem Erfolge angewendet.

Fall II. bezieht sich auf eine 47j., sehr fette 0-para, bei welcher im natürlichen Klimax den Ausfallserscheinungen ähnliche Beschwerden auftraten. Auch bei dieser Pat. konnte eine allmählige Besserung constatirt werden. —

Bei Fall III. endlich handelte es sich um eine 18j. 0-para, bei welcher sich seit dem Auftreten der Menstruation (3 Jahre) eine allmählig sich verschlimmernde Epilepsie entwickelte. Nachdem der Beginn der Krankheit mit dem ersten Auftreten der Menstr. zusammenfiel, hat sich Verf. entschlossen, die Ovariintherapie zu versuchen; dieselbe hat sich auch in diesem Falle sehr gut bewährt; die schweren Anfälle blieben aus, die früher sehr geringe menstruelle Blutung wurde reichlicher und von längerer Zeitdauer, ja die Pat. hat während der Behandlung sogar an Körpergewicht zugenommen. —

18. Dirner. Es wurde bei der 29j. VIIpara wegen osteomalacischem, hochgradig verengtem Becken (Conj. vera $6^1/_2$ cm) 3 Tage nach Beginn der Wehen bei einem Muttermund von zwei Querfingern der Kaiserschnitt ausgeführt, u. z. nach Porro, mit Entfernung des Uterus, und ein lebendes Kind entwickelt. Reconvalescenz ungestört, so dass Pat. am 18. Tage nach der Operation das Krankenhaus verlasseu konnte; die Arbeitsfähigkeit derselben kehrte alsbald ebenfalls zurück.

19. Doctor. Verf. erstattet in dieser Arbeit einen ausführlichen Bericht über seine auf diesem Gebiete in Deutschland, England und Frankreich gesammelten Erfahrungen und Studien. —

24. Elischer. Es handelte sich um ein aus den Lymphdrüsen hervorgegangenes Fibrosarcom mit verkalkten Partien, das auch mit der Niere verwachsen war, so dass bei der Auslösung die Niere verletzt und auch schon behufs Blutstillung exstirpirt werden musste.

25. Elischer. Bei Fall 1 handelte es sich um eine Bauchhöhlen-, bei Fall 2 um eine Tubarschwangerschaft, die dritte war aller Wahrscheinlichkeit nach tubo-abdominal; bei Fall 4 entwickelte sich eine Haematocele retrouterina, und Fall 5 endlich präsentirte sich als ein neben dem Uterus sitzender, vom letzteren abgegrenzter Tumor. Fall 1 wurde laparotomirt, die übrigen aber durch Eröffnung des Scheidengewölbes behandelt. Sämmtliche Pat. genasen. —

26. Engel. Verf. hat während mehrerer Epidemien von den 4 Hauptformen der Influenza bei Frauen besonders häufig die ausschliesslich fieberhafte und nervöse beobachtet. Das Verhältniss der Häufigkeit der Erkrankung ist bei Frauen und Männern ziemlich gleich, jedoch erkranken erstere — gleiche Verhältnisse vorausgesetzt — früher, wogegen sich bei ihnen der Verlauf der Krankheit in Bezug auf die Athmungs- und Digestionsorgane günstiger gestaltet. Um so häufiger aber werden Erkrankungen der Genitalien beobachtet. Die Schleimhäute derselben scheinen für die Localisation des Leidens einen sehr günstigen Boden abzugeben, demzufolge sämmtliche Erkrankungsformen, welche durch die path. Veränderungen der Schleimhäute verursacht werden oder mit denselben in causalem Nexus stehen, sehr oft beobachtet werden. Menstruationsstörungen sind die häufigsten. Verf. hat die Beobachtung gemacht, dass die Influenza in 40 pCt. der Fälle zur Zeit der Menstruation auftritt, und ist letztere zumeist von längerer Zeitdauer und reichlicherer Blutung; oftmals hört sie plötzlich auf, oder sie stellt sich nach einigen Tagen abermals ein. Häufig geht nach Aufhören der Blutung mehrere Tage hindurch fleischwasserähnlicher Ausfluss ab, welcher Jucken, ja sogar Excoriationen verursacht. — Sowohl acute, als chronische Endometritiden erleiden durch die Influenza eine Verschlimmerung, die Secretion wird reichlicher, eiterig; auch die Schmerzen werden heftiger, die Portio schwillt an, ja es werden auch Entzündungen des Uterus beobachtet, wie auch Exacerbationen und Verschlimmerungen von chron. parametrialen Entzündungsprozessen. — Von Seiten der Ovarien hat Verf. Aehnliches nicht erlebt. —

Bei chlorotischen und anämischen Mädchen, bei welchen die Menstruation unregelmässig, ausbleibend war, wurden während oder nach

der Erkrankung häufig reichlichere Blutungen beobachtet, die, zumindest für einige Zeit, auch den normalen Typus eingehalten haben. Aehnliches hat Verf. bei Amenorrhoen beobachtet. —

Die Influenza ist auch für Schwangere nicht ungefährlich, sie führt häufig zu Früh- und Fehlgeburten. Letztere erfolgen zumeist im 3. Monat, verlaufen weniger stürmisch, häufig sogar verzögert; die Blutung ist verhältnissmässig gering, die Contractionen weniger schmerzhaft. Auffallend bei allen diesen Aborten war die grosse Zerreisslichkeit der Eihäute und die ganz ausserordentliche Weichheit und Brüchigkeit der Placenta.

Das Wochenbett wird nach den Erfahrungen E.'s durch die Influenza ebenfalls sehr ungünstig beeinflusst: verzögerte Involution, reichliche, übelriechende Lochien, mitunter mässige Blutungen u. s. w.

Endlich weist der Verf. durch statistische Daten nach, dass die Influenza auch auf die Conceptionsfähigkeit des Weibes einen sehr ungünstigen Einfluss ausübt.

29. Frommer. Das Kind wurde dem Verf. mit der Klage vorgestellt, dass bei demselben plötzlich auftretende, zeitweilig sich täglich mehreremal wiederholende eigenartige Bewegungen der Extremitäten beobachtet werden, die sich dann auch auf die Gesichtsmuskeln fortpflanzen, worauf das Kind ermattet, sehr verdriesslich und müde wird. Die genaue Untersuchung des ziemlich gut ernährten Kindes ergab Folgendes: Die Umgebung der Rima ist mit zähem Schleim bedeckt, die grossen Schamlippen sind welk, runzelig; der Scheideneingang klafft, dabei wird eine lebhafte Contraction des Constrictor cunni beobachtet, wodurch der Scheideneingang in raschem Tempo verengt und erweitert wird. All dies hat darauf hingewiesen, dass das Kind Onanie betreibt, u. z. in der Weise, dass es die Oberschenkel und gleichzeitig mit diesen die Schamlippen an einander reibt. — Oxyuris vermicularis konnte weder in der Scheide, noch im Mastdarm nachgewiesen werden. — Bei Verabreichung von Bromkali und Bespülen der Genitalien und der Kreuzbeingegend während der Anfälle mit kaltem Wasser wurde alsbald eine Besserung des Zustandes constatirt. —

31. Grósz. Verf. hat am Säuglingsmaterial der 2. Geb. und gynäk. Universitätsklinik während mehrerer Soor-Endemien die Frage eingehend studirt. Er befasst sich sehr gründlich mit der noch immer strittigen Frage der prophyl. Mundwaschungen und verurtheilt dieselben auf das Entschiedenste. Er hat demnach auf Grund vorhergegangener sehr ungünstiger Erfahrungen dieselben im Schuljahre 1894/95 vollständig bei Seite gelassen, vorher jedoch eine genaue Desinfection der Wochensäle vornehmen lassen und dabei mit Genehmigung des Chefs der Klinik folgende Massregeln getroffen.

1) Die Pflege sämmtlicher Neugeborener wird einer Pflegerin überantwortet.
2) Beim ersten Bade des Neugeborenen darf keine Mundwaschung vorgenommen werden.
3) Bei Asphyxie darf zur Entfernung des Schleimes nur dann in die Mund- und Rachenhöhle eingegangen werden, wenn dies unbedingt nothwendig, und auch dann soll mit grösster Vorsicht und Reinlichkeit vorgegangen werden. —

4) Mundwaschungen dürfen nur auf ärztliche Verordnung vorgenommen werden.

5) Die Warzen der Mutter müssen vor und nach dem Säugen mit sterilen Läppchen gereinigt werden.

Bei strengster Durchführung dieser Massregeln trat die Soorkrankheit bei den 45Neugeborenen des ersten Monates nur ein einziges Mal und auch dann nur in ganz leichter Form auf; alsbald jedoch häuften sich die Fälle abermals und nach einigen Monaten war die Zahl der Erkrankungen wieder riesig angewachsen. Verf. hat nun Pinselungen mit 1procentiger Höllensteinlösung versucht, die das überraschende Resultat ergaben, dass die Zahl der Erkrankungen von 32 pCt. auf 9 pCt. herabsank. Ausserdem wurden bei erkrankten Kindern täglich einmal Pinselungen mit 3procentiger Lösung versucht, und auch diese Versuche haben sich ausgezeichnet bewährt, indem bei den meisten Erkrankten nach 2—3 Tagen Heilung erfolgt ist. Verf. hat nach den Pinselungen niemals unangenehme oder schädliche Nebenwirkung der Höllensteinlösung beobachtet. — Das Pinseln geschieht mit einem gewöhnlichen Haarpinsel; durch das Bepinseln der Zungenspitze und Ausdrücken zwischen den Lippen wird die Lösung infolge der gleichzeitigen Säugebewegungen des Säuglings in der Mundhöhle ziemlich vollkommen vertheilt und gelangt ohne Zweifel auch an solche Stellen, welche beim Auswaschen der Mundhöhle mit dem Finger gewiss nicht erreicht werden. —

32. Grósz. Es handelt sich um jenen Fall, dessen Operation unter No. 51 dieses Berichtes beschrieben ist. — Das Neugeborene wog 2660 g, war 45 cm lang; der Kopfumfang betrug 34,5 cm; Schädelformation dolichocephal. Der Schädel wies links eine bogenförmige Compression auf, die durch jenen Druck verursacht wurde, welchen der an der Convexität der hinteren Uterinwand gelegene und hier fixirte Schädel zu erleiden hatte. Ausserdem bestanden mancherlei anatomische Veränderungen und functionelle Störungen, insbesondere von Seiten des Nervensystems. Die Entwickelung des Säuglings war bis zum dritten Lebensmonat eine leidliche, von da ab traten allmählig Symptome der Säuglingsatrophie auf und am Ende des vierten Monates erfolgte der Tod. — Die anatomische Diagnose war: Plagiocephalia cum compressione haemisphaerii sin. cerebri, atrophia nervi optici degeneratione descendente medullae spinalis ex compressione capitis propter graviditatem extrauterinalem, Pachymeningitis int. chr. haemorrh. sinistra. —

33. Herczel. Verf. hat bei einer VIIIpara, die 3 Wochen vorher mittelst der Zange entbunden wurde und 3 Tage später schwer erkrankte, nach vorhergegangener Probepunction die Laparotomie vorgenommen und nach Entleerung von etwa 3 Liter übelriechender, jauchiger Flüssigkeit nach Mikulitz tamponirt. Pat. verliess nach 6 Wochen vollkommen geheilt das Krankenhaus.

34. Kiss. Bericht über 15 Operationen auf sacralem Wege; 14mal wurde die Exstirpation des Mastdarmes und einmal wegen einem ausgebreiteten primären Krebs der Scheide die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen. Letztere Pat. war noch 17 Monate nach dem

Eingriff recidivfrei. Die Heilung selbst beanspruchte 3 Monate, war jedoch eine vollkommene. —

35. Konrád. Bericht über 152 Geburten mit 45 Operationen und über 114 gynäkologische Fälle mit 47 operativen Eingriffen. —

36. Konrád. Das Pessar wurde wegen Prolaps eingelegt und von Granulationen, die wohl aus einer Verletzung der Scheidenwand hervorgegangen, umwuchert. —

37. Korda. Verf. hat bei einer 52j. Patientin, die sechsmal geboren und seit der letzten Geburt an Osteomalacie litt, Phosphor in Tagesmengen von 5 milligramm verabreicht und konnte, trotzdem hochgradige Veränderungen der Knochen vorhanden waren, schon nach 4 Wochen eine erhebliche Besserung constatiren. —

38. Ligeti. Verf. hat bei einer 33j. V. para wegen unregelmässigen, sehr hartnäckigen Blutungen die Ausschabung der Uterusmucosa vorgenommen und hierbei Placentarreste entfernt, worauf die Blutungen sistirten, nach einigen Wochen jedoch abermals eintraten. Eine Injection von Eisenchlorid coupirte dieselben, verursachte aber gleichzeitig eine Temperatursteigerung auf 40 °, wobei ein neben dem Uterus bestandener, früher nicht entzündeter Tumor in hohem Maasse schmerzhaft wurde. Nach 4 Tagen kehrte die Temperatur zur Norm zurück, es stellten sich jedoch wieder Blutungen ein, wozu noch der bemerkenswerthe Umstand hinzukam, dass die eben erwähnte Geschwulst vollkommen verschwand, der Uterus aber als auffallend (fast kindskopf-) grosser, beweglicher, nicht schmerzhafter Tumor über der Symphyse zu fühlen war. Die innere Untersuchung ergab ein überraschendes Resultat: durch den eröffneten Muttermund konnten Fruchttheile gefühlt werden. Es stellten sich alsbald Geburtswehen ein und noch an demselben Tage wurde ein 10—12 cm langer, macerirter Foetus und Tags darauf die Placenta ausgestossen. Der weitere Verlauf war — abgesehen von einigen mässigen Fiebertemperaturen, normal; Pat. ist vollkommen genesen. —

Verf. hält den Fall für eine Zwillingsschwangerschaft, bei welcher sich das eine Ei an normaler Stelle, das andere aber tubo-uterin entwickelt hat.

39. Ligeti. Bei einer VI. para, die früher stets normal geboren, wurde Verf. bei der 6. Geburt zugezogen, nachdem die Extraction des in Steisslage befindlichen Kindes nicht gelungen. In der Narcose wurde festgestellt, dass das Geburtshinderniss durch die Erweiterung der nach vorne gerichteten Bauchhöhle der Frucht gegeben ist. Die Punction ergab $1^1/_2$ Liter dem Fruchtwasser ähnliche, klare Flüssigkeit, nach deren Abfluss die Frucht leicht extrahirt werden konnte. Die Section ergab eine sehr interessante Regelwidrigkeit: der abgeflachte, schwach entwickelte Magen communicirte mit einer ganz kurzen Darmschlinge mit der Analöffnung. Meconium war nicht vorhanden. Verf. hat eine ähnliche mangelhafte Entwickelung des Darmkanals in der Literatur nicht auffinden können. Die übrigen Baucheingeweide waren kleiner, als nomal. Die Blase und Geschlechtsorgane (männliche) waren normal, die Nabelgefässe aber sehr oedematös und zerreisslich. — Die unmittelbare Ursache des Ascites konnte Verf. nicht nachweisen, in Anbetracht der

Zerreisslichkeit und der Oedeme der Gefässwandungen jedoch hält er es als wahrscheinlich, dass dieselbe hierin zu suchen sei.

40. Lindner. Nach Anführung mancher geschichtlicher Daten und der in dieser Frage in neuerer Zeit aus der Feder hervorragender Gynäkologen und Nervenpathologen erschienener Arbeiten, wirft Verf. die Frage auf, wie sich der Arzt solchen Klienten gegenüber zu verhalten habe, die in der Ehe die verschiedenen Methoden der absichtlichen Sterilität betreiben; er kommt zu der Conclusion, dass es das natürlichste ist, sich insolange passiv zu verhalten, bis gewisse krankhafte Erscheinungen es ihm nicht zur Pflicht machen, die betreffenden über die eventuellen ernsten Folgen des Vorgehens aufzuklären. —

41. Liszt. Bei einer 20j. I. para mit normalem Becken wurde $13^1/_2$ Stunden nach Beginn der Wehen am Damm eine Anschwellung beobachtet, welche nach und nach die Grösse eines Hühnereies annahm und nach 2 Stunden barst. Durch die auf diese Weise entstandene Lücke trat alsbald die linke Hand, dann — unter sehr kräftiger Wehenthätigkeit — der Arm, der Rumpf, der Steiss und die Füsse der Frucht hindurch; der Kopf musste durch den verspätet eingetroffenen Arzt entwickelt werden. Frenulum und Mastdarm blieben unverletzt. Vereinigung der Wunde, Genesung. —

43. Mann. Die Einleitung des Bandes behandelt in ausführlicher Weise die Geschichte, die Einrichtungen und die Geschäftsgebahrung des Institutes. Die Thätigkeit desselben wird in 4 Abtheilungen besprochen.

Kapitel I berichtet über die Anstalt als Unterrichtsinstitut; dasselbe hat während 21 Semester 921 Hebammen herangebildet.

Kapitel II. Die Gesammtzahl der Geburten betrug 1093 mit einer Mortalität der Mütter von 2,7 pCt., wovon jedoch auf die eigentliche puerp. Mortalität nur 0,99 pCt. entfallen. — Die allgemeine Morbität (einmalige 38,2° Temperaturen auch mit inbegriffen) betrug 20.86 pCt. — Von wichtigeren Regelwidrigkeiten kamen vor; 61 Querlagen, 56 Beckenverengerungen, 30 mal Nabelschnurverfall, 20 mal Plac. praevia. Operationen: 51 Wendungen auf den Fuss, 49 Zangen, 15 Embryotomien, 10 Craniatomien, 41 manuelle Placentarlösungen.

III. Das Material der geburtshülflichen Poliklinik war während $3^1/_2$ Jahren — seit Gründung dieser Institution — ein sehr bescheidenes (85 Fälle); es wurde auch für Unterrichtszwecke der Hebammenschülerinnen verwendet.

IV. Im IV. Kapitel wird endlich über das gynäkologische Material, insgesammt 1246 Fälle berichtet. —

44. Neumann. Verf. hat seine diesbezüglichen, schon früher publicirten Untersuchungen an 3 neueren Fällen fortgesetzt, welche fast jedes Stadium der puerp. O. repräsentiren.

Fall I stand noch ziemlich im Anfangsstadium der Erkrankung ohne erhebliche Knochenveränderungen und Ernährungsstörungen.

Bei Fall II waren die grösstmöglichen Knochenveränderungen gepaart mit den schwersten Allgemeinerscheinungen (Kachexie, Athembeschwerden, Herzklopfen etc.) vorhanden.

Fall III endlich bezieht sich auf eine Pat., bei welcher der osteom. Process ein chronischer, nicht zu schwerer war, bei welcher aber zur Zeit der Untersuchungen infolge der bestehenden Schwangerschaft die Krankheit im stürmischen Fortschreiten begriffen war.

Bei Fall I wurde vor und nach der Castration je eine Bestimmungsserie vorgenommen, desgleichen bei Fall II; ausserdem wurde bei dieser Pat. noch eine Bestimmungsreihe nach der von Petrone anempfohlenen Chloroformnarkose ausgeführt. Bei Fall III endlich wurden die Verhältnisse des Stoffwechsels vor und nach der Exstirpation des graviden Uterus bestimmt.

Bezüglich der Methode und des Ganges der Untersuchungen sei nur soviel erwähnt, dass die einzelnen Stoffe (Ca, Mg, P_2O_5, N) in 5tägigen Perioden sowohl in sämmtlichen genossenen Nahrungsmitteln einerseits, als auch im Urin und Koth andererseits quantitativ genau bestimmt und die Resultate verglichen wurden.

Die auf den Kalk bezüglichen Ergebnisse werden in folgende Punkte zusammengefasst:

1. Pat. I hat während des Fortschreitens des Processes einen thatsächlichen Kalkverlust erlitten.

2. Bei Pat. II hingegen ergaben die Untersuchungen bei verminderten Kalkmengen im Urin eine, wenn auch geringe Gesammtretention des Kalkes.

3. Bei den zwei minder schweren Fällen (I und III) wurde nach der Castration, beziehungsweise nach Exstirpation des schwangeren Uterus eine sehr günstige Wendung im Kalkstoffwechsel beobachtet.

4. Bei dem schweren Fall (II) vermochte weder die Chloroformnarkose, noch die Castration eine günstige Wendung im Kalkstoffwechsel zu bewirken: diese therapeutischen Eingriffe blieben vielmehr für den Krankheitsprocess ganz indifferent.

5. Bei Fall III wurde durch die radicale Behandlung nach verhältnissmässig schon kurzer Zeit das Zurückkehren des Ca. Stoffwechsels zur Norm constatirt, was bei dem abwartenden Vorgehen auch in den späteren Stadien der Besserung nicht nachgewiesen werden konnte.

Die Schlussfolgerungen aus diesen Ergebnissen sind folgende:

Die Kalkausscheidung im Urin ist bei der O. zu Beginn der Krankheit, wo die Knochen noch über eine grosse Menge von Kalksalzen verfügen, die grösste: beim Fortschreiten der Krankheit nimmt sie infolge Decalcination der Knochen allmählich ab. — Der Kalkstoffwechsel geht je nach den einzelnen Stadien der Erkrankung nach ganz verschiedenen Gesetzen vor sich. Es ist sehr wahrscheinlich, dass den grossen Kalkverlusten, die anfangs beobachtet werden, gewisse Grenzen gesetzt sind, über die hinaus der Organismus mehr keine Verluste erleiden kann: die grössten Kalkverluste fallen daher mit dem Culminationspunkt der Krankheit keineswegs zusammen.

Es kann aus den Untersuchungen auch gefolgert werden, dass der Organismus, welcher während einer kurzen Zeit viel Kalk verloren, diese Verluste sehr rasch zu ersetzen vermag. Es scheint im Organismus nach grossen, während kurzer Zeit vor sich gegangenen Kalkverlusten ein Kalkhunger zu bestehen: der Organismus kann daher die

erlittenen Verluste um so leichter und vollkommener ersetzen, je kürzere Zeit der osteomalacische Process bestand. Hieraus folgt, dass die richtige Therapie zu einer Zeit einzuleiten sei, wo der Organismus noch der grössten Regeneration fähig ist, nämlich im Anfangsstadium der Krankheit. Der Organismus vermag bei weniger fortgeschrittenen Fällen, wenn plötzlich eine heftige Exacerbation eintritt, die erlittenen Kalkverluste durch Anwendung des richtigen therapeutischen Eingriffes sehr rasch und vollkommen zu ersetzen.

Die Befunde bezüglich des Magnesiums waren folgende:

1. Die Magnesiumbilanz ergab sowohl bei dem leichten (I), wie auch bei dem schweren (II) Fall einen mässigen Verlust.

2. Bei Fall I wurde nach der Castration eine mässige, dem Verluste des progressiven Stadiums beiläufig gleichkommende Mg. Retention beobachtet.

3. Bei Fall II konnte eine günstige Beeinflussung des Mg. Stoffwechsels weder durch die Narcose, noch durch die Castration nachgewiesen werden.

4. Bei Fall III endlich wurde nach Exstirpation des graviden Uterus eine bedeutende Besserung des Mg. Stoffwechsels contatirt.

Die Verhältnisse der Phosphorsäure werden in folgende Punkte zusammengefasst:

1. Bei den durch Nebenumstände (Schwangerschaft, Kachexie etc.) nicht gestörten Fällen fand Verf. im progressivem Stadium eine sehr grosse Ausscheidung an $P_2 O_5$ im Urin und auch einen bedeutenden Totalverlust.

2. Bei denselben Fällen wurde zur Zeit der Heilung des Processes eine bedeutende, beiläufig den früheren Verlusten gleichkommende $P_2 O_5$-Retention constatirt, wobei die Ausscheidung im Urin und Koth beträchtlich abnahm.

3. Bei der Schwangern kam Verf. zu ganz gleichartigen, wenn auch nicht gleichwerthigen Resultaten. Durch die Schwangerschaft werden nämlich die Verhältnisse derart abgeändert, dass sich im progr. Stadium eine geringe Retention ergab, die jedoch für die Bedürfnisse der Frucht keineswegs als genügend erscheint, so dass angenommen werden kann, dass der Organismus zur Deckung derselben gewisse Mengen an die Frucht aus Eigenem abgeben musste.

4. Bei demselben Falle wurden im Stadium der Regeneration nur geringe Mengen zurückgehalten, jedoch war die Regeneration zur Zeit der Untersuchungen bereits weit fortgeschritten.

5. In den beiden minder schweren Fällen hat sowohl die Castration, als auch die Exstirpation des Uterus die Verhältnisse des $P_2 O_5$-Umsatzes günstig beeinflusst.

6. Bei dem schweren Falle (II) wurde während aller drei Serien eine mässige Retention beobachtet.

Die auf den N-Stoffwechsel bezüglichen Untersuchungen endlich ergaben folgende Resultate:

1. Bei Fall I wurde während der Progression der Krankheit bedeutender Eiweisszerfall beobachtet.

2. Bei demselben Falle fand nach der Castration Eiweisssparung statt.

3. Nach Exstirpation des Uterus wurde bei der Schwangeren ebenfalls eine beträchtliche Eiweisssparung nachgewiesen.

4. Fall II befand sich vor den therapeutischen Versuchen annähernd im N-Gleichgewicht; nach der Chloroformnarkose und der Castration dagegen wurde Eiweisszerfall constatirt.

Es erscheint dem Verf. auf Grund aller dieser Befunde unzweifelhaft, dass die radicalen Eingriffe die Verhältnisse des Stoffwechsels in der günstigsten Weise zu beeinflussen vermögen. Andererseits aber wird hervorgehoben, dass der radicalen Therapie nur bis zu gewissen Grenzen eine Berechtigung zukommt, über die hinaus der Krankheitsprocess nicht mehr beeinflusst werden kann, ja es wird den Kranken über diese Grenzen hinaus durch die Operationen nur Schaden zugefügt. Diese Grenze ist nicht allein und nicht hauptsächlich durch den Grad der Knochenveränderungen gegeben, sondern es sind auch die Allgemeinerscheinungen (Abmagerung, Muskelschwäche, Störungen der Circulations- und Athmungsorgane, Albuminurie etc.) von grosser Wichtigkeit. Bei Vorhandensein dieser schweren Symptome kann von der Castration kaum mehr etwas erwartet werden, es sollen vielmehr in solchen Fällen die palliativen Hülfsmittel in Anwendung kommen. Verf. will jedoch der radicalen Therapie über die palliative auch bei minder schweren Fällen keine Souverainität zusichern; er will nur betont wissen, dass, wenn durch die palliative Behandlung innerhalb eines gewissen Zeitraumes, dessen Dauer von der Raschheit des Fortschreitens der Krankheit abhängig gemacht werden muss, keine bedeutende Besserung zu erzielen war, so soll unverzüglich die radicale Therapie, die Castration, bei Schwangeren — im Falle sehr stürmischen Fortschreitens der Krankheit, wenn die Lebensfähigkeit der Frucht mit Rücksicht auf die Mutter nicht abgewartet werden kann — die Exstirpation des Uterus je eher vorgenommen werden, damit jener Zeitpunkt, über den hinaus auch von den radicalen Eingriffen mehr kein Erfolg zu erhoffen ist, nicht verabsäumt werde.

45. Neumann. Auf Grund von Untersuchungen, welche bei 4 Wöchnerinnen unternommen wurden, kommt Verf. zu dem Resultate, dass sich die Ausscheidung der Gesammtschwefelsäure während der ersten 10 Tage des Wochenbettes mit wenigen Ausnahmen um die untere Grenze der normalen Schwefelsäureausscheidung herum bewegt, ein Umstand, der auch schon aus dem Grunde auffallend erscheint, nachdem die durch den Urin ausgeschiedene Schwefelsäure mit dem im Organismus vor sich gehenden Eiweissumsatz unter normalen Umständen in gradem Verhältnisse steigt und sinkt, und da es eine erwiesene Thatsache ist, dass im Wochenbett die N-Ausscheidung eine gesteigerte ist. Die Ursachen dieser Abweichung des Verhältnisses zwischen H_2SO_4 und N im Urin bei Wöchnerinnen sind bisher unbekannt.

Bezüglich der Darmfäulniss — auf Grund des Verhältnisses der Sulphat- und Aetherschwefelsäuremengen beurtheilt — hat sich besonders jene wichtige Beobachtung ergeben, dass bei einem Falle, bei welchem die Entleerung des Darmes nicht vorgenommen werden konnte (prä-

cipitirte Geburt), die Darmfäulniss eine sehr intensive gewesen; obzwar im gegebenen Falle keine Störungen des Wochenbettes vorhanden waren, scheinen diese Untersuchungen trotzdem jene wichtige Regel zu bekräftigen, dass für die Entleerung des Darmes während der Geburt, abgesehen von anderen wichtigen Ursachen, auch schon im Interesse der Verhütung einer intensiveren Darmfäulnis gesorgt werden müsse.

46. Pacauer. Verf. hat die betreffende Pat. 12 Tage nach einem im 4. Monate erfolgten Abort in fieberndem Zustand untersucht und in der Cervix ein, den Eindruck einer Placenta machendes Gebilde nachgewiesen. Infolge Weigerung der Pat. konnte dieses Gebilde nicht entfernt werden und erst nach 4 Wochen — während welcher Zeit jauchiger Ausfluss und allabendlich hohes Fieber bestand — wurde die Ausräumung vorgenommen und ein 8 cm langes, 3 cm dickes, einer Placenta sehr ähnliches Gebilde entfernt, welches sich bei der mikr. Untersuchung als ein durchwegs aus glatten Muskelfasern bestehendes Gewebe erwies. Es handelte sich somit um einen der seltenen Fälle von Leiomyoma submucosum.

47. Papai. Referat über 350 poliklinische Geburten. Das Institut huldigt auch in der poliklinischen Praxis dem weitgehendsten Conservativismus und erstreckt denselben insbesondere auf die Indicationen der Zange. — Verf. hat mehrfach die Erfahrung gemacht, dass das Erscheinen von Meconium im Fruchtwasser nicht immer ein Symptom von imminenter Gefahr der Frucht bedeutet. Die typische Zange wurde häufig durch die Expression ersetzt. — Bei den 170 Geburten in Schädellage wurden folgende Operationen ausgeführt: 12 mal die Expression, 11 typ. Zangen, 2 hohe Zangen, 1 mal die Zange im schrägen Durchmesser, 1 mal die Zange bei tiefem Querstand und 2 mal die Craniotomie. — Es werden noch zahlreiche, fast das ganze Gebiet der Geburtshülfe umfassende instructive Thatsachen und interessante Fälle angeführt, die jedoch an dieser Stelle wegen Mangels an Raum nicht erörtert werden können. Es soll nur noch bemerkt werden, dass im Rahmen dieses Materials kein einziger Todesfall an puerperaler Sepsis vorgekommen und dass die Procentzahl der eigentlichen puerp. Morbidität 0.57 betrug.

48. Pertik. Referat über die mit diesem Heilserum bei Erysipel, Streptokokken-Phlegmone, Puerperalfieber und Scharlach angestellte Versuche.

49. Petrasko. Bei einer im 3. Monate Schwangeren, die wegen eines tuberculösen Spitzenkatarrhes mit Guajacol behandelt wurde, erfolgte nach 8 tägigem Gebrauch (2 × 0,05 pro die) dieses Mittels ein typischer Abort, ohnedem, dass eine andere Ursache für denselben nachgewiesen werden hätte können. Verf. sucht die Erklärung des Abortes darin, dass das Phenol und seine Präparate hauptsächlich auf die vasomotorischen Centra lähmend wirken und somit infolge mangelhafter Ernährung der Frucht die Fehlgeburt zu verursachen vermögen. Es soll daher mit diesen Mitteln bei Schwangeren sehr behutsam vorgegangen, namentlich dürfen anfangs nur sehr geringe Dosen verabreicht werden. —

50. Platzer. Referat über die an der v. Kézmarszky'schen Klinik in den Jahren 1879—1896 beobachteten Fälle. Es entfällt auf je 351 Geburten ein Fall von Plac. praevia.

19,55 pCt. der Fälle waren centraler, 59,38 pCt. marginaler und 26,07 pCt. lateraler Insertion. — 23,91 pCt. der Mütter waren Erst-, 76,09 pCt. Mehrgebärende.

Bei 74,96 pCt. war Schädellage, bei 12,77 pCt. Beckenendlage und bei 12,77 pCt. Querlage vorhanden.

Von Complicationen sind zu erwähnen: 5 mal Nabelschnurvorfall, 2 mal Zwillinge.

Die an der Klinik üblichen Principien bei Behandlung der Plac. praev. sind folgende:

Insolange der Muttermund mindestens nicht 2 querfingerweit ist, wird bei starker Blutung tamponirt (seit 1886 ausschliesslich nur mit Jodoformgaze), bei mässiger Blutung nur abs. Ruhe angeordnet. Der Tampon wird liegen gelassen, bis derselbe nicht durchgeblutet erscheint. Ist der Muttermund für 2 Finger durchgängig, wird — bei Erfolglosigkeit der Tamponade — nach Braxton-Hiks gewendet, bei mässiger Blutung aber abgewartet, bis der Muttermund 3—4 Querfinger weit ist und nun die Blase gesprengt; sollte dies die Blutung nicht stillen, wird die innere Wendung vorgenommen.

Auf Grund dieser Principien vorgegangen, war der Verlauf der 46 Fälle folgender:

10 mal erfolgte ohne irgend einen Eingriff die Geburt spontan.

2 mal musste Accouchment forcé vorgenommen werden (einmal Verblutung aus den tiefen Cervixrissen).

13 mal ging die Geburt nach Tamponade oder Sprengung der Blase spontan vor sich.

21 mal wurde die Wendung auf den Fuss gemacht, beziehungsweise ein Fuss herabgeholt, worauf 8 mal der spontane Verlauf abgewartet, 13 mal aber die Extraction angeschlossen wurde. Gewendet wurde 5 mal mit combinirten, 12 mal mit inneren Handgriffen.

Bei einem Falle endlich wurde der Steiss mit Hülfe des Braun-schen Hakens herabgeholt.

Nach den 23 entweder ganz unberührten oder mittels Tamponade oder mit Sprengung der Blase behandelten Fällen kam kein einziger Todesfall der Mutter vor, von den Kindern starben 9 (39,13 pCt.); nachdem jedoch von den letzteren 4 macerirte und zwei Abortfrüchte waren, so beträgt die eigentliche Mortalität nur 17,65 pCt.

Nach der Wendung wurde 8 mal die spontane Geburt abgewartet: von diesen Müttern ist keine einzige gestorben, von den Kindern hingegen 7; da jedoch 2 macerirt waren, beträgt die Mortalität dieser Gruppe nur 83,3 pCt.

Der Wendung wurde die Extraction sofort angeschlossen: 13 mal; hierbei betrug der Verlust an Müttern 23 pCt., an Kindern 46 pCt.

Die Gesammtmortalität (nach allen 46 Fällen) der Mütter betrug 8,69 pCt.. die der Kinder 53,19 pCt. Bei ersteren war die Todesursache: 3 mal Verblutung (eine der Kreissenden wurde moribund eingeliefert), einmal Sepsis. — Von den lebend geborenen Kindern starben

während des 9 tägigen Aufenthaltes in der Klinik noch 9 ab, so dass die Mortalität hierdurch eine Erhöhung auf 72,34 pCt. erfährt.

Bezüglich der Morbiditätsverhältnisse endlich sei noch Folgendes erwähnt: In den Jahren 1874—1883 entfallen auf 15 Fälle 7 (46,6 pCt.) fieberhafte Wöchnerinnen und in den Jahren 1889—1896 entfallen auf 31 Fälle 8 (25,8 pCt.) fieberhafte Wöchnerinnen. Von den letzten jedoch wurde bei 2 Wöchnerinnen nur je eine Fiebertemperatur beobachtet.

51. Reismann. Die 30j. III. para, deren beide erste Geburten normal verliefen, wurde am Ende der Schwangerschaft mit Geburtswehen (Contractionen im extrauterinen Fruchtsack) aus der Poliklinik an die Anstalt abgegeben. Sie hatte im 3. Monate der gegenwärtigen Schwangerschaft eine schwere Krankheit (plötzliche Ohnmacht, dann längere Zeit hindurch Fieber) bestanden, sich jedoch allmählich erholt. — Die Untersuchung ergab 1. sichere Zeichen der Schwangerschaft; 2. einen grossen Tumor, welcher vom Uterus gut abgegrenzt werden kann; 3. die Anwesenheit einer lebenden Frucht, die nicht im Uterus, sondern in dem erwähnten Tumor enthalten war. — Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie (Prof. Tauffer) fand man einen mit dem Uterus zusammenhängenden, denselben rückwärts und beiderseitig umgebenden unversehrten Fruchtsack. Eröffnung desselben, Entfernung der lebenden Frucht und der im Douglas und am Kreuzbein inserirten Placenta, endlich Totalexstirpation des Uterus und Drainage nach der Scheide. — Auf Grund der anatomischen Verhältnisse war die Schwangerschaft eine abdominelle, ob sie jedoch primär oder secundär eine solche geworden, konnte nicht entschieden werden. — Die Wundheilung war, von einigen unwesentlichen Fiebertemperaturen abgesehen, normal, die Reconvalescenz jedoch durch einen thrombotischen Process der linken unteren Extremität verzögert. Pat. verliess am 58. Tage nach der Operation sammt ihrem lebenden Kinde die Klinik.

52. Róna. Das Leiden der 19j. Patientin, welche den Beischlaf angeblich vor 2 Jahren zum erstenmal und insgesammt nur zweimal ausgeübt hat, begann vor $1^1/_2$ Jahren, während welchem Zeitraum sich papilläre Wucherungen in ausserordentlicher Anzahl und Grösse entwickelt haben und fast sämmtliche äussere Genitalien bedecken. In dem aus der Urethra mittelst Volkmann'schen Löffel entnommenen weisslich-grauem, wie auch in dem spärlichen, schleimigen Sekret der Cervix konnten Gonococcen nicht nachgewiesen werden.

53. Ruber. 1. Querlage und Armvorfall — spontane Evolution. 2. Querverengtes Becken, Vorderscheiteleinstellung und Vorfall beider oberen und unteren Extremitäten. Nach vergeblichen Repositionsversuchen Craniotomie, worauf spontane Geburt erfolgte.

54. Schultz. Verf. hat bei acuter Cystitis nach fruchtlosen Versuchen mit Bettruhe, warmen Umschlägen, der bekannten inneren Medication und Blasenspülungen den Verweilkatheter eingelegt, worauf Pat. 2 Tage hindurch fieberfrei blieb. Nachdem jedoch starke Blasenreizung auftrat, musste am 3. Tage der Katheter entfernt werden, worauf die Temperatur abermals auf 40° C. anstieg. Nun wurde ein

geknöpfter Katheter eingelegt, dessen Vortheile: dass er nicht so tief in die Blase hineinragt und nicht fixirt werden muss, in vorzüglicher Weise zur Geltung kamen, so dass Pat. denselben sehr gut vertragen hat; das Fieber schwand und nachdem der Katheter am 3. Tage entfernt wurde, genügte es, noch einige Blasenspülungen vorzunehmen, um das Blasenleiden vollkommen zu beheben.

55. Schultz. Diese Arbeit bezieht sich auf Versuche, die der Verf. an 20 Leichenpräparaten angestellt hat. Die Sondirung der Tuben vom Uterus her mit der Uterussonde gelang kein einziges mal, ja es konnte durch die uterine Tubenmündung auch eine dünne Wundsonde nicht eingeführt werden, auch dann nicht, wenn die Versuche nach Eröffnung der Uterushöhle vorgenommen wurden. — Verf. hat durch seine Versuche die Erfahrung Tait's, dass um die Tubenecke herum auch stumpfe Instrumente (wie die Uterussonde) das Gewebe des Uterus leicht zu perforiren vermögen, als erwiesen gefunden.

Die Versuche wurden auch auf jenen wichtigen Punkt erstreckt, ob die in die Uterushöhle injicirte Flüssigkeit in die Bauchhöhle zu gelangen vermöge und unter welchen Umständen dies möglich ist? Zu diesem Behufe wurde bei den aus der Leiche entfernten Präparaten, nachdem die Sondirung der Tuben vom Uterus her versucht wurde, ein Gummikatheter in die Gebärmutterhöhle möglichst bis zur Tubenecke hinauf eingeführt und durch denselben eine mit Fuchsin roth gefärbte Flüssigkeit injicirt; ausserdem hat Verf. mit Hülfe einer Wundspritze, deren Ende bis zum inneren Muttermund vorgeschoben wurde, Flüssigkeit auch unmittelbar und unter höherem Druck in die Gebärmutterhöhle eingespritzt.

Die Ergebnisse aller dieser Versuche werden in folgende Schlusssätze zusammengefasst:

1. Die Sondirung der Tuben, der normalen sowohl, als auch der pathologisch veränderten, kann vom Uterus her nicht ausgeführt werden.

2. Von der abdom. Mündung her können die Tuben, unter normalen anatomischen Verhältnissen — zumeist sondirt werden; bei pathol. Veränderungen ist dies seltener der Fall. Die Uterine-Mündung jedoch ist auch von dieser Seite her nicht zu passiren.

3. Die durch den Muttermund injicirte Flüssigkeit ist bei norm. anat. Verhältnissen in der Mehrzahl der Fälle (75 pCt) in das Lumen der Tuben eingedrungen; es musste jedoch zumeist ein grösserer Druck ausgeübt werden, um zu ermöglichen, dass die Flüssigkeit durch die abd. Oeffnung durchzutreten vermöge. Die Durchspülung der Tuben aus der entgegengesetzten Richtung her gelang nur bei sehr wenigen (33 pCt) auch jener Fälle, wo sie vom Uterus her gelungen.

4. Bei path. Zuständen der Tuben konnten dieselben von keiner Seite her durchgespült werden.

59. Szabó. Die histologischen Untersuchungen, welche Verf. an den frisch excindirten und in Flemming'scher Flüssigkeit gehärteten Milchdrüsen von Meerschweinchen vorgenommen, ergaben folgende Resultate:

1. Die Epithelbekleidung der Milchabsonderungsdrüsen ist stets einreihig.

2. Der Chromatinstoff der, ihre phys. Function ausübenden Drüsenzellkerne ist an der Peripherie des Zellkernes abgelagert, durch welche Eigenschaft die in relativer Ruhe befindliche Drüse von der absolut ruhenden unterschieden werden kann.

3. Die Zellen gehen während ihrer phys. Function nicht zu Grunde; eine und dieselbe Zelle secernirt vielmehr während der ganzen Stillungsperiode.

4. Mitotische Formen, beziehungsweise Zellvermehrung wird nur in den Drüsen schwangerer Thiere beobachtet, wie auch in den ersten Tagen nach stattgehabter Geburt, wogegen dieselben nach den ersten Säugungen nicht mehr nachgewiesen werden können.

64. Temesváry. Verf. beleuchtet die Frage hauptsächlich von der hygienischen Seite und fasst seine lehrreichen und interessanten Erörterungen darin zusammen, dass eine befriedigende Lösung dieser so wichtigen Frage nur dann zu erwarten wäre, wenn

1. für Ammen- beziehungsweise Wöchnerinnenasyle in genügender Anzahl vorgesorgt wäre,

2. wenn es den Ammen verboten wäre, früher als sechs Wochen nach der Niederkunft in den Dienst zu treten und

3. wenn die Säuglinge nur unter Controlle einer Behörde, beziehungsweise eines amtlichen Functionärs in Ammenschaft gegeben werden dürften.

70. Tóth. Demonstration eines durch Prof. Tauffer auf transperitonealem Wege entfernten hydronephrotischen Sackes. Bemerkenswerth für die Aetiologie der Erkrankung war die schiefe Einmündung des Ureters und die hierdurch aus der Duplicatur entstandene Klappenbildung.

71. Tóth. Referat über die mit diesem Mittel angestellten Versuche und Erfolge, die ein weiteres Experimentiren um so mehr rechtfertigen, nachdem diese Art der Therapie auch bei solchen Erkrankungen Erfolge verheisst, bei welchen sich die bisherigen therapeutischen Maassregeln als ungenügend erwiesen.

72. v. Vélits. Das I. Kapitel dieses Berichtes behandelt die Gründung, die Geschichte des Institutes, wie auch die administrativen und anderweitigen Einrichtungen desselben.

Kapitel II berichtet über den Unterricht der Hebammen; es wurden insgesammt 1136 Geburtshelferinnen herangebildet.

Kapitel III ist dem geburtshülflichen Material gewidmet:

In den Jahren 1873—1884 haben 1706 Geburten mit 30 Todesfällen, davon 23 (1,34 pCt.) puerperalen Ursprungs, in den Jahren 1885—1890 1314 Geburten mit 14 Todesfällen, davon 8 (0,60 pCt.) puerperalen Ursprungs und in den Jahren 1890/91—1894/95 1167 Geburten mit einer sept. Mortalität von 0,17 pCt. stattgefunden.

Die puerperale Morbidität der letzten Gruppe betrug 4,1 pCt.

Endlich wird noch über das gynäkologische Material und über die mit der Hebammenschule in Verbindung stehende geburtshülfliche Poliklinik berichtet.

73. Walla. Die allgemeinen, für die Zangenoperation erforderlichen Bedingungen an der v. Kézmárszky'schen Klinik sind die folgenden:

1. Der Muttermund sei verstrichen, 2. die Blase gesprungen, 3. der Kopf in einer für die Application der Zange günstigen Lage und Haltung; zumindest aber muss er mit seinem grössten Umfange den Beckeneingang passirt haben, 4. der Kopf sei von entsprechender Grösse und Consistenz, 5. es sei keine Beckenverengung vorhanden, oder aber muss der Kopf die verengte Stelle passirt haben.

Die Indicationen für die Zange vertheilen sich in zwei Gruppen: der ersten Gruppe gehören jene Fälle an, bei welchen die Zange wegen Verzögerung der Austreibungsperiode (5—6 Stunden) prophylaktisch angelegt wird, der zweiten jene, wo von Seiten der Mutter oder des Kindes, oder von Seiten beider Lebensgefahr droht.

Auf Grund dieser Bedingungen und Indicationen wurden im Institut während eines Zeitraumes von 15 Jahren 115 Zangenoperationen = 1,04 pCt. ausgeführt.

Im letzten Jahre wurden den prophyl. Indicationen noch engere Grenzen gesetzt und ausserdem wurde häufig noch der Episiotomie die Expression und auch der Ritgen'sche Handgriff angewendet, so dass die Frequenz der Zange in diesem Jahre auf 0,32 pCt. herabsank.

Die Zange wurde 101 mal (= 87,83 pCt.) bei Erstgebärenden, 14 mal (12,17 pCt.) bei mehrgebärenden angelegt.

Auf Grund prophyl. Indicationen wurden 65 Zangenoperationen = 56,52 pCt., wegen Lebensgefahr der Mutter 30 Zangenoperationen = 26,09 pCt., wegen Lebensgefahr der Frucht 17 Zangenoperationen = 14,78 pCt. und wegen Lebensgefahr der Mutter und Frucht 3 Zangenoperationen = 2,61 pCt. ausgeführt.

Von den 115 Operationen waren:

typische Zangen	75
Zangen bei tiefem Querstand	36
Zangen im Beckeneingang	4

Die Dauer des Wochenbettes betrug im Durchschnitt $12^1/_2$ Tage (die Wöchnerinnen werden unter normalen Verhältnissen am neunten Tage entlassen).

Die Morbidität der Wöchnerinnen betrug 40,86 pCt. u. z. waren

1 Tag lang fiebernd	13 Wöchnerinnen	=	11,30 pCt.
2 Tage „ „	14 „	=	12,17 „
mehrere „ „ „	20 „	=	17,39 „

Bemerkenswerth ist, dass währenddem in den antiseptischen Zeiten die Morbidität 42,39 pCt. betrug, dieselbe seit Einführung des aseptischen Verfahrens auf 34,78 pCt. gesunken ist.

Von den 47 Erkrankungen waren 33 puerperalen Ursprunges.

Von den 115 Müttern starben 6 = 5,21 pCt., jedoch kann von diesen Todesfällen kein einziger der Zangenoperation — als solcher — zur Last gelegt werden; die Todesursachen waren: Shock, Eclampsie, schon früher erfolgte Infection etc.

Erhebliche Verletzungen, die genäht werden mussten, kamen in 60 pCt. der Fälle vor, hiervon waren jedoch nur drei Dammrisse dritten Grades, ein tiefer Cervixriss und eine Blasenscheidenfistel.

Von den 115 Kindern wurden gesund entlassen 95 (82,6 pCt.), todtgeboren wurden (oder nach der Geburt abgestorben sind 20 (17,4 pCt.); von diesen waren zwei schon vor Application der Zange abgestorben, eines ging am 11. Tage infolge Nabelinfection zu Grunde und eines starb am 7. Tage infolge congenitaler Syphilis. Und wenn auch bei den verbleibenden 16 Todesfällen die verschiedensten ungünstigen Umstände (algide Asphyxie, enge Umschnürung der Nabelschnur, intracranille Blutungen, Eclampsie etc.) mitgewirkt haben, hält Verf. diese Mortalität noch immer für eine sehr beträchtliche, ein Umstand, der den grossen Conservativismus der Klinik als noch mehr gerechtfertigt erscheinen lässt.

Sammelbericht über einige Gruppen französischer Arbeiten.

Von

A. EIERMANN
in Frankfurt a. M.

I. Beiträge zur Pathologie der Ovarien.

1. S. Pozzi (Paris): Ueber Resektion und Ignipunktur der Ovarien. (Rev. de Gynéc. et de Chir. abdom. Heft 1. 1897.)
2. F. Jayle (Paris): Die physiologischen Wirkungen der Castration bei der Frau. (Ibidem. Heft 3.)
3. Pozzi und Beaussenat: Beitrag zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Ovarial-Cysten. (Mit 1 Tafel und zahlr. Text-Abbildungen.) (Ibidem. Heft 2.)

Die genannten 3 Arbeiten geben ein anschauliches Bild von dem zielbewussten Arbeiten Pozzi's und seiner Schüler; sie seien daher im Zusammenhang besprochen. Die beiden ersten sind wesentlich klinischen Inhalts, die 3. dagegen ist rein histologisch.

1. Der Verf., der mit dieser Arbeit das 1. Heft der neuen, von ihm herausgegebenen Zeitschrift eröffnet (s. auch diese Zeitschr., 1897, Bd. 5. Heft 4, p. 400), gibt zunächst eine ziemlich ausführliche Geschichte der Operation und schildert, wie zunächst Schroeder 1884 als Erster die gesunden Theile erkrankter Ovarien zurückliess, um den Frauen ihre Conceptionsfähigkeit zu erhalten, wie dann vor Allem Martin sich seit 1889 bemühte, der Operation Geltung zu verschaffen. Fast gleichzeitig mit Martin's Vortrag auf dem Bonner Gynäkologen-Kongress hat dann auch Pozzi als erster in Frankreich im Juli 1891 seine ersten Fälle veröffentlicht. Von den weiteren Autoren, die entsprechende Beobachtungen publizirten, sind dann noch genannt Sippel, Polk, Raguin und vor Allem Matthaei, der sehr interessante Ergebnisse aus der Berliner Frauenklinik berichtet.

Auch P. selbst hat über seine diesbezüglichen Resultate schon wiederholt berichtet oder durch seine Schüler berichten lassen. Hier bespricht er nun an der Hand von 62, zum Theil noch nicht publizirten Fällen im Zusammenhang die Indikationen, die Technik und die Resultate dieser Operations-Methode.

Für angezeigt hält er sie nur bei gutartigen Neubildungen (nicht colloiden, nicht papillären Cysten mit serösem Inhalt und Dermoiden), sowie bei chronischen Oophoritiden (grossen Follikel-Cysten, Cysten des Corpus luteum und der Oophoritis sklerocystica; ausgeschlossen sind die sklerotisch geschrumpften Ovarien, die total zu entfernen sind). Nicht angezeigt ist die Operation bei Neubildungen zweifelhafter, sowie natürlich bei solchen maligner Natur.

Voraussetzung für die Anwendung der Methode ist jedoch in allen Fällen die absolute Wegsamkeit der Tube, die stets vorher zu prüfen ist.

Was die Technik der Operation betrifft, so bedient sich P. sowohl des Messers und der Scheere, als auch des Paquelin, welch' letzteren er gegen die ablehnende Haltung A. Martin's und Matthaei's diesem Instrumente gegenüber verteidigt; denn es sei wichtig, bei der kleincystischen Degeneration der Eierstöcke nicht nur die einzelnen Cystchen zu eröffnen, sondern auch ihre Wandungen zu zerstören, da nur so auf Dauer-Heilung zu rechnen sei.

Die naturgemäss besonders interessierenden Resultate sind sehr befriedigende: Sämmtliche 62 Fälle ohne Todesfall infolge der Operation an sich. Hierbei wurden die Ovarien 19 Mal beiderseits, 43 Mal auf einer Seite erhalten. Bei 8 Frauen war eine zweite Operation nötig, bei 5 von diesen eine Laparotomie. Die Veranlassung zu der zweiten Operation lag meist in interkurrenten Erkrankungen.

Zwei von diesen wiederholt operierten Frauen waren in der Zwischenzeit schwanger geworden; eine, die gonorrhoisch infiziert worden war, abortierte und bekam eine Infektion der erhaltenen Anhänge. Bei der zweiten wurde das weiter entartete, allein noch vorhandene linke Ovarium während der Schwangerschaft entfernt; sie trug aus.

Von den 62 Frauen sind 4 erst kurz operiert, 10 konnten nicht mehr ausfindig gemacht werden. Von den 48 übrig bleibenden sind 33 völlig geheilt oder sehr bedeutend gebessert.

Schwangerschaft trat bei 12 von den 48 Frauen ein, d. i. in genau 25 pCt., hiervon bei einer 2 Mal; bei 8 dieser Frauen waren die Adnexe nur auf einer Seite erhalten worden; hierbei 5 normale Geburten, 2 bei Abfassung der Arbeit beinahe am Ende befindliche Schwangerschaften und 1 Abort von $2^1/_2$ Monaten, Nach beiderseitiger Erhaltung der Adnexe 4 Schwangerschaften: 3 normale Entbindungen und 1 Abort von $2^1/_2$ Monaten.

Ausführliche Tabellen über sämmtliche 62 Fälle beschliessen die sehr lesenswerte Arbeit, die eine interessante Ergänzung findet in

2. Jayle's Aufsatz über die Wirkungen der Kastration.

Verf., Assistent der Pozzi'schen Poliklinik am Hôpital Broca, hat seit 1892 etwa 300 kastrierte Frauen nachuntersucht und befragt, aber nur bei 74 war der Erfolg der Befragung und Untersuchung ein annähernd lückenloser. Die aus dieser äusserst mühsamen Arbeit zu ziehenden Schlüsse und Ergebnisse gibt nun J. in vorliegender, breit angelegter Veröffentlichung wieder.

Zuvor jedoch giebt er, getreu der Gewohnheit der Pozzi'schen Schule, zunächst einen kurzen, aber doch ziemlich lückenlosen Ueberblick über die Litteratur des Gegenstandes, schildert den Umschwung in den Anschauungen von dem anfänglichen Enthusiasmus zu der allmählich aufsteigenden Erkenntnis von den keineswegs so gleichgültigen Folgen der Operation, ein Umschwung, der hauptsächlich seit der ausgezeichneten Arbeit Glaevecke's aus dem Jahre 1889 datiere, und beschreibt alsdann genauer seine Untersuchungsmethode, den äusserst ausführlichen Fragebogen und die körperliche Untersuchung.

Auf Grund derselben ergiebt sich ihm Folgendes mit Bezug auf die Folgeerscheinungen nach Kastration:

a) Die Störungen sind konstant bei doppelseitiger ovarieller Kastration.

b) Ihr Entwicklungsgrad hängt ab vom Alter, der Konstitution und der Prädisposition der Kranken.

c) Ausnahmen von dieser doppelten Regel finden sich nur bei besonderen Umständen (supplementäres Ovarium, scheinbar vollständige Exstirpation, Irrtümer in der Methode der Beobachtung u. s. w.).

d) Diese Folgeerscheinungen sind sehr störend, nicht nur für die Kranke, sondern häufig auch für ihre Umgebung.

e) Ihre Dauer ist eine lange, eine viel längere, als man behauptet, und manche scheinen jeder Behandlung zu trotzen.

f) Nach einfacher uteriner Kastration fehlen sie zuweilen ganz, den grössten Teil der Zeit sind sie wenig ausgeprägt. Wenn es möglich wäre, den Uterus zu exstirpieren, ohne nervöse oder Gefässveränderungen von Seiten der Ovarien hervorzurufen, wären sie vielleicht stets gering zu schätzen.

Ueberträgt man nun diese Schlüsse in die Praxis, so ergeben sich für das chirurgische Handeln folgende Leitsätze:

a) Die totale Entfernung beider Ovarien ist nur als letztes Mittel auszuführen. Sie soll stets von Entfernung des Uterus und der Tuben begleitet sein.

b) Wenn Tuben und Uterus erhalten werden können, ist die Resektion der Ovarien stets der vollständigen Entfernung derselben vorzuziehen.

c) Wenn Tuben und Ovarien im Laufe einer Laparotomie exstirpirt werden, soll der Uterus gleich mit entfernt werden.

d) Sind die Tuben allein erkrankt, so sind Ovarien und Uterus zu erhalten.

e) Ist der Uterus erkrankt, allein oder sammt den Tuben, so sind die Ovarien zu erhalten, Uterus und Tuben zu entfernen.

Also vor Allem: Schonung der Ovarien.

Der wertvollen Arbeit ist eine Tabelle der 74 Fälle beigegeben, die den Untersuchungen zu Grunde gelegen haben: bei 45 davon wurde die gewönliche (ovarielle) Kastration gemacht, bei 14 der Uterus auch mit entfernt und bei 15 die „Castration utérine" ausgeführt.

In der 3., wesentlich histologischen Arbeit legen die Verfasser eine Lanze ein für die seit Waldeyer's klassischer Abhandlung eigentlich verlassene Auffassung, dass die Ovarial-Cysten nicht nur aus dem Keim-Epithel und den Pflüger'schen Schläuchen, sondern auch

aus den Graaf'schen Follikeln entstehen können. Auch hier geht der Arbeit ein geschichtliches Resumé voraus. Als Stütze ihrer Anschauung dienen den Verf. 2 Beobachtungen, die ausführlich mitgeteilt werden und von denen die eine noch eine besondere Eigentümlichkeit zeigte, nämlich eine schleimige Umbildung der Epithel-Zellen in den ältesten und am weitesten vorgeschrittenen Partieen des Tumors. Eine dieser analoge Beobachtung hat auch Cornil gemacht, die ebenfalls beschrieben wird.

Im 1. Falle (50jähr. III. para, doppelseitiger Ovarial - Tumor. Laparotomie, Heilung) ergab die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste im Wesentlichen folgendes: 1. schlaffes, embryonales Bindegewebs-Stroma mit länglichen Zellen; 2. an Grösse und Form verschiedene unregelmässige Lakunen, vom Stroma umgeben; 3. in den Lakunen Anhäufungen von grossen, einander anliegenden und durch den gegenseitigen Druck polyedrisch gewordenen Zellen; 4. im Tumor unregelmässig zerstreut eigenartige Gebilde von verschiedener Grösse, rundlichem oder ovoidem Aussehen, die sich sehr lebhaft färben, Graaf'sche Follikel, wie sich bei genauer Betrachtung ergiebt: eine eiförmige Höhle, mit Cylinder - Epithel ausgekleidet, dessen Kerne basalständig sind; in der Mitte eine granulöse Substanz. Diese Abweichung von einem normalen Follikel wird dadurch erklärt, dass sich eben mitten im Tumor das Eichen nicht völlig entwickeln konnte, dass die Entwicklung in einem bestimmten Moment gehemmt wurde. Ausserdem aber finden sich in den ältesten Partieen der Geschwulst runde oder elliptische blasige Gebilde mit peripherem, plattem Kerne in schleimiger Umbildung.

Cornil, der ebenfalls diese Gebilde beobachtet hat (Fall 2) und mit Bezug auf den pathologischen Charakter der Geschwulst hauptsächlich diese berücksichtigt, schlägt den Namen vor: Epitheliom des Ovariums mit schleimiger Umwandlung des Epithels.

Wenn nun diese beiden Fälle noch Zweifel gestatten, so sei dies nicht mehr möglich nach Berücksichtigung des 3. (29jähr. III-para, Laparotomie, Heilung. Gestorben nach 3 Monaten an (carcinomatöser?) Pylorus-Stenose).

Dieser Fall ist besonders interessant, weil er alle Stadien der Entwicklung der Follikel darbietet. Ausser der histologischen Beschreibung sei hervorgehoben, dass sich hier nachweisen lässt, wie auch die unregelmässigen Lakunen (nach den Verf. eben die mehr weniger veränderten Follikel) epitheliale Auswüchse in die Umgebung aussenden, ein Faktum, das Waldeyer bekanntlich nicht beobachtet zu haben erklärt, dessen Möglichkeit er aber zugiebt.

Die schleimige Umwandlung fehlt hier.

Diese 3 Fälle sprechen nach Ansicht der Verfasser zu Gunsten der Möglichkeit einer Entwicklung von Ovarial-Cystomen aus den Abkömmlingen des Waldeyer'schen Keim-Epithels, den Pflüger'schen Schläuchen oder aus den Follikeln.

In klinischer Hinsicht sind diese Tumoren als bösartig zu betrachten.

Eine Reihe guter Abbildungen im Text und vor Allem eine vorzügliche farbige Tafel tragen sehr zum Verständnis der Arbeit bei.

II. Zur vaginalen Hysterektomie.

1. P. Segond (Paris): Der akute Decubitus, eine bei vaginaler Hysterektomie mögliche Komplikation.

(Revue de Gyn. et de Chir. abd. Heft 1, 1897.)

Diese seltene Komplikation der vaginalen Hysterektomie wurde schon früher beobachtet und zuerst von Baudron, der sie 1894 in seiner These näher beschrieb, zum Gegenstand eingehenden Untersuchung gemacht.

Segond sucht nun nochmals ihre Häufigkeit, klinischen Charaktere, Prognose und Pathogenese genauer festzustellen.

Was die Häufigkeit betrifft, so konnte S. den akuten Decubitus unter im Ganzen 542 aus den verschiedensten Indikationen vorgenommenen vaginalen Hysterektomieen nur sechs Mal beobachten. Es ist daher auch einigermaassen schwierig, die speziellen Bedingungen seines Vorkommens zu bestimmen. Doch ist hervorzuheben, dass es sich in allen 6 Fällen um junge Frauen handelte (die älteste war 33 Jahre alt), die sämtlich wegen Adnex-Erkrankungen operiert worden waren, und zwar hatten diese Erkrankungen, mit Ausnahme eines einzigen Falles, schon lange Zeit (nicht unter 2, bis zu 5 Jahren) bestanden. Auch war bei sämmtlichen Fällen, den genannten einen nicht chronischen ausgenommen, die Operation eine leichte gewesen (längste Dauer 40 Minuten).

Was die klinischen Züge anlangt, so trat der Decubitus 4 Mal nach 5 Tagen, 2 Mal 3 Tage nach der Operation auf. Es entwickelte sich ohne jedes Vorzeichen auf dem Gesäss und auf einer Seite des Kreuzbeines sehr rasch eine erythematöse Schwellung, die Körper-Temperatur stieg an, der Allgemein-Zustand verschlechterte sich. Die weiteren Phasen der Mortifikation wickelten sich darnach in der gewöhnlichen Reihenfolge, aber wieder sehr schnell ab. Doch trat stets, wenn auch nur langsam, wieder völlige Vernarbung ein. Der ganze Prozess entspricht Zug um Zug dem akuten Decubitus spinalen Ursprungs, ganz besonders dem nach traumatischer Verletzung des Rückenmarks.

Diese Analogie geht aber glücklicherweise nicht bis zur Prognose. Es ist wohl stets eine unangenehme Komplikation, welche die Rekonvalescenz um einige Wochen verzögert, aber keine schwere. Es trat in allen Fällen vollständige Heilung ein.

Die Frage nach der Natur der Erkrankung glaubt Verf. leicht beantworten zu können: es handelt sich um eine trophische Störung, deren Ausgangspunkt in der Operation selbst zu suchen ist, nämlich in den bei derselben unumgänglichen Zerrungen und besonders in der Compression von Nervengeflechten durch die Forcipressur. Der hieraus hervorgehende Reizungsvorgang verbreitet sich dann entlang den Becken-Nerven.

Weniger leicht jedoch ist die Antwort auf die Frage nach der direkten Aetiologie. Nach Ausschluss verschiedener Umstände, die hier in Betracht kommen könnten, sieht sich Verf. veranlasst, als „einzige plausible Hypothese" eine individuelle Prädisposition aufzustellen, die sich durch die Natur der Erkrankung, welche zum

Eingriff nötigte, auch in befriedigender Weise erklären lasse. Denn, wie erwähnt, litten die sämtlichen 6 Frauen eigener Beobachtung, bei denen es zum akuten Decubitus kam, mit einer einzigen Ausnahme seit langer Zeit an periuterinen Erkrankungen. Bei der einen Frau, die erst seit Kurzem erkrankt war, handelte es sich ebenfalls um eine schwere und ausgedehnte Eiterung. Hiezu kommt, dass sich bei einer grossen Anzahl von sehr schweren Hysterektomieen wegen grosser, nicht durch entzündlich-irritative Prozesse komplizierter Myome niemals akuter Decubitus gezeigt hat.

Diese mehr weniger lange bestehenden entzündlichen Adnex-Erkrankungen sind es also, die in den benachbarten Nerven sozusagen larvierte entzündliche Veränderungen hervorrufen, welch' letztere dann ihrerseits in dem „operativen Trauma die gewünschten Bedingungen finden, um sich zu verschlimmern und zu verbreiten."

Lange Dauer und Schwierigkeit der Operation haben keinen Einfluss auf die Entstehung der Erkrankung.

2. P. Segond: Ueber doppelseitige Adnex-Tumoren, die auf vaginalem Wege mittels Hysterektomie zu entfernen sind.

(Ibid. Heft 2. März-April 1897.)

Die Arbeit ist im Wesentlichen eine Verteidigung gegen die Angriffe und Einwürfe, die noch immer gegen das Péan'sche Verfahren und besonders gegen die Mitnahme des Uterus erhoben würden, und als solche ist sie namentlich auf Grund der mitgeteilten Resultate wohl geeignet, einen guten Teil der geäusserten Bedenken zu zerstreuen.

Zunächst werden 25 Fälle mitgeteilt, die Verf. nach dieser Methode operiert hat; über 11 von diesen hat er bereits auf dem französischen Chirurgen-Kongress zu Lyon (Okt. 1894) berichtet. Diese Krankengeschichten werden kurz wiederholt, von den übrigen 14 werden sie ausführlich gegeben. An Komplikationen kamen dabei vor ein Mal Nachblutung bei Abnahme der Klemmen, sowie einmal Darmfistel, beide ohne bleibende Nachteile. Die Schwierigkeiten bei der Operation waren, wie zugegeben wird, mehrere Male gross; doch dürfe dies nie ein Grund sein, eine Operation zu verdammen.

Was die unmittelbaren Operations-Resultate anlangt, so starben von 25 Frauen 2 = 8 pCt. In dem einen Fall handelte es sich um eine äusserst kachektische Frau mit bösartiger Erkrankung der Ovarien, die an fortschreitender Schwäche am 18. Tage zu Grunde ging. „Die Operation konnte sie nicht mehr retten, aber sie hat sie nicht getötet;" in dem anderen Fall war eine Enterocele mit Adhaesionen vorhanden, es entstand eine Kothfistel, die Entkräftung nahm zu, die Frau starb nach 22 Tagen. Auch bei der Wahl des abdominalen Weges wären die Resultate nicht besser gewesen. (U. a. bestanden vier Mal auf einer oder beiden Seiten eitrige Erkrankungen, ferner Fälle mit maligner Entartung einer Seite). In prognostischer Hinsicht ist zu erwähnen, dass von den restierenden 23 Frauen 22 noch bei voller Gesundheit sind. Eine starb nach 18 Monaten an Recidiv nach maligner Erkrankung des einen Eierstockes, vier weitere wegen maligner Affection

der Adnexe Operierte sind noch gesund, eine über drei Jahre, eine sechs Jahre.

S. verteidigt sich dann eingehend gegen die verschiedenen Einwürfe, die man ihm gemacht hat, vor Allem gegen die Mitnahme des Uterus, gegen die Minderwertigkeit der Operation im Falle eines diagnostischen Irrtums (Art, Sitz, Doppelseitigkeit der Tumoren), gegen ihre Gefahren bei ausgedehnteren Darm-Adhäsionen und ihre Unwirksamkeit bei malignen, bröckeligen Tumoren. Die beiden letzten Einwände allein lässt er gelten: hier sei der abdominale Weg (und zwar ebenfalls mit Totalexstirpation des Uterus) vorzuziehen. Doch könnten derartige Ausnahmefälle den allgemeinen Wert der Operation nicht beeinträchtigen.

Alsdann kommt Verf. auf die Indikationen zu sprechen, die er in folgende Sätze zusammenfasst: Die Operation ist angezeigt:

1. Bei Adnex-Tumoren bis Nabelhöhe oder auch etwas darüber, gleichviel ob cystisch oder solid, wenn sie folgende beide Bedingungen erfüllen: Zweifellose Doppelseitigkeit und vollkommene Beweglichkeit.

2. Bei weniger grossen, tiefsitzenden, cystischen oder soliden, beweglichen oder fixierten, mit Ascites komplicierten oder unkomplicierten Tumoren, wenn sie sicher doppelseitig sind.

Zum Schluss giebt S. noch operativ-technische Anweisungen: Cystische Tumoren sind zuerst zu entleeren, feste zu zerstückeln. Steht der Uterus hoch und ein Tumor tief, so ist dieser zuerst in Angriff zu nehmen, im umgekehrten Falle zunächst der Uterus zu exstirpieren. Im ersten Fall, wenn nämlich der Uterus zuletzt an die Reihe kommt, muss er aber doch mitgenommen werden, da er, wenn zurückgelassen, die vollkommene Drainage und hierdurch die gute Prognose beeinträchtigen würde. Im Uebrigen sei es eine bis jetzt rein theoretische Furcht, dass man durch Wegnahme auch des Uterus die Folgen der künstlichen Klimax noch erhöhe.

Im Einzelnen gestaltet sich die Operation so: Beginn, wie bei Péan, stets mit der Freimachung des Collum uteri nach Abklemmung der Uterinae und Durchtrennung der Basis der Ligamente. Spaltung der Cervix in einen vorderen und hinteren Lappen, Resektion des hinteren. Dann ohne jede weitere präventive Blutstillung mediane Spaltung, in besonderen Fällen der hinteren, gewöhnlich aber der vorderen Corpuswand. Darauf Anlegung einer Klemme über das Lig. latum von oben, gewöhnlich zuerst links, Durchtrennung desselben vor der Klemme und Umlegen des Uterus nach der anderen Seite. Herabziehen des (linken) Ligaments mittels der Klammer, Freimachung der Adnexe und Stielung derselben. Noch eine Klemme nach aussen von ihnen, dann Abtragung. Wäre aber der Uterus durch die vordere Median-Spaltung allein nicht genügend beweglich, dann totale mediane Spaltung auch der hinteren Wand.

Das entsprechende Verfahren dann auf der anderen Seite. Die Klemmen (S. benützt nur kurze) bleiben 49 Stunden liegen. Keine Ligatur, keine Vernähung der Scheide.

Dies in Kurzem der Inhalt des Aufsatzes, dem mehrere instruktive Abbildungen im Texte und auf zwei Tafeln beigegeben sind. Das Verfahren ist ja auch bei uns, insbesondere durch L. Landau's konse-

quente Bemühungen bekannt und hinreichend gewürdigt. Ob jedoch diese „Imponderabilien“ bei Wegnahme auch des Uterus ganz so leicht gewertet werden dürfen, wie es von Seiten Segond's geschieht, ob insbesondere die Exstirpation der Gebärmutter zur Erzielung einer vollkommenen Drainage so absolut notwendig ist, wie es der französische Autor darstellt, ist dem Ref. doch noch immer zweifelhaft geblieben.

Zur Lepraconferenz.[1])

Ihre Leser werden sich hauptsächlich dafür interessiren, wie es mit der Hereditätsfrage bei der Lepra auf der Conferenz gegangen ist, und da lässt sich kurz sagen: Die Lehre von der erblichen Uebertragung der Lepra ist zu Grabe getragen worden und auf der ganzen Linie hat die contagionistische Auffassung den Sieg davongetragen.

Mit dieser lässt sich der Aussatz als Familienkrankheit vollständiger erklären, als mit der Erblichkeitstheorie, weil sie auch die häufigen Fälle deckt, wo in den Familien zuerst die Kinder, dann die Eltern erkrankt sind. Ausserdem steht noch immer der Nachweis von Leprafällen aus, die im eigentlichen infantilen Leben zur Beobachtung gekommen wären und somit noch eher Veranlassung geben könnten, auf congenitale Uebertragung hinzudeuten.

Mein bereits 1886 angezeigter Befund von Leprabacillen im Stroma des Ovariums ist von Babes an 2 neuen Fällen bestätigt worden. Doch hat auch B. die Bacillen nicht innerhalb des Graaf'schen Follikels nachweisen können.

Ausserdem hat B. die Leprabacillen im Inhalt der Tuben, im Uterus- und Vaginal-Schleim gefunden, und weist mit Recht diesem Befunde eine gewisse Bedeutung bei, wenn er auch selber die Einschränkung macht, dass es fraglich ist, ob die Bacillen an diesen Stellen im lebenden Zustand ausgeschieden werden.

Wichtig ist auch der Babes'sche Befund von Bacillen im Drüseninneren und den Ausführungsgängen der Brustdrüse. Auch konnten in einem Falle im spärlichen Secret der Brustdrüse einer nicht säugenden Frau Bacillen nachgewiesen werden, während das nicht gelang in der Milch einer säugenden Leprösen.

Das wären etwa die wesentlichen Punkte, welche specielles Interesse bei den Gynäcologen beanspruchen dürften. Die allgemeinen Resultate der 8tägigen, in animirtester Discussion verlaufenden Conferenz finden ihren Ausdruck in einem Resumé der Schriftführer:

„Als Krankheitserreger der Lepra wird nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung der Bacillus leprae von der Conferenz angesehen, der der wissenschaftlichen Welt durch die Entdeckung Hansen's und die Arbeiten Neisser's seit bald 25 Jahren bekannt

[1]) Herr Dr. Arning-Hamburg hat die Güte gehabt, auf unsere Bitte uns nachstehende auch auf die Betheiligung des Sexualorgans an der leprösen Erkrankung Bezug nehmende Correspondenz zu senden. D. H.

ist. Zwar sind die Bedingungen, unter denen dieser Bacillus gedeiht und sich weiter entwickelt, noch unbekannt, ebenso die Art und Weise seines Eindringens in den menschlichen Körper: jedoch deuten die Verhandlungen der Conferenz darauf hin, dass eine Einigung sich anbahnt über die Wege, auf denen er im menschlichen Körper sich verbreitet. Einheitlich ist die Auffassung darüber, dass nur der Mensch der Träger dieses pathogenen Bacillus ist. Ueber die Massenhaftigkeit der Ausscheidung des Bacillus aus dem kranken Organismus, namentlich von der Haut und der Nasen- und Mundschleimhaut sind interessante Beobachtungen mitgetheilt worden, deren Nachprüfung an einem grossen Beobachtungsmaterial dringend wünschenswerth erscheint. Diesen Fragen von ausschliesslich medicinisch-wissenschaftlicher Bedeutung steht die Thatsache gegenüber, die praktisch einschneidende Bedeutung hat für alle, denen die Sorge für das Volkswohl anvertraut ist, die Anerkennung der Lepra als einer contagiösen Krankheit. Jeder Lepröse bildet eine Gefahr für seine Umgebung. Diese Gefahr wächst, je inniger und länger andauernd die Beziehungen des Kranken zu seiner gesunden Umgebung und je schlechter die sanitären Verhältnisse sind, unter denen sie sich abspielen. Mithin bedeutet ganz besonders unter der ärmsten Bevölkerungsschicht jeder Lepröse eine stete Gefahr der Uebertragung für seine Familie und seine Arbeitsgenossenschaft. Jedoch kann nicht in Abrede gestellt werden, dass die Fälle von Uebertragung auf Menschen in besser situirter Lebenslage nicht mehr vereinzelt beobachtet werden. Zu Gunsten der contagionistischen Auffassung der Lepra hat die Anschauung, dass die Lepra durch Vererbung sich verbreite, immer mehr Anhänger verloren. Die Behandlung der Lepra erzielt bisher nur palliative Erfolge. Auch die Serumbehandlung hat in dieser Beziehung bisher keinen Wandel gebracht. Angesichts der Unheilbarkeit der Lepra, angesichts der Entstellung, die sie hervorruft, und der schweren persönlichen und öffentlichen Schäden, die sie mit sich bringt, hält die Lepraconferenz in logischer Schlussfosgerung ihrer contagionistischen Auffassung der Lepra die Isolirung für das einzige, radicale und am raschesten wirkende Mittel zur Unterdrückung der Lepra, insbesondere wo sie in heerdenweiser oder epidemischer Verbreitung sich findet. Die Bestätigung dieser Ansicht sieht sie in den Erfolgen, die die Bekämpfung der Lepra in Norwegen errungen hat, dort wo die Isolirung der Kranken zielbewusst durchgeführt, d. h. gesetzlich eine Handhabe geschaffen worden ist, die Isolirung bei denjenigen Kranken auch gegen ihren Willen durchzusetzen, die durch die elenden Verhältnisse, unter denen sie ihr Dasein führen, eine ganz besonders grosse Gefahr für ihre Umgebung bedeuten." Die Conferenz gelangte ferner einstimmig zur Annahme des von Dr. Armauer Hansen (Bergen) eingebrachten Antrages: „1. In allen Ländern, in denen die Lepra heerdweise oder in grösserer Verbreitung auftritt, ist die Isolation das beste Mittel, um die Verbreitung der Seuche zu verhindern. 2. Das System der obligatorischen Anmeldung, der Ueberwachung und der Isolation, wie es in Norwegen durchgeführt ist, ist allen Nationen mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Zahl der Aerzte zu empfehlen. 3. Es muss den gesetzlichen Behörden über-

lassen worden, nach Anhörung der sanitären Autoritäten die näheren Vorschriften, die den speciellen socialen Verhältnissen angepasst werden müssen, festzustellen." Abgelehnt wurde ein Antrag Dr. Ashmead's (New-York) auf Einsetzung einer ständigen internationalen Commission zur Veranstaltung von Lepraconferenzen.

Sitzungsberichte.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie in München.

Sitzung am 26. November 1896.

Vorsitzender: Stumpf.
Stellvertretender Schriftführer: Fränkel.

Gemäss § 5 und § 11 der Vereinsstatuten wird eine Revision der Statuten und die Neuwahl der Vorstandschaft vorgenommen. Es werden gewählt

als I. Vorsitzender Herr Hofrath Dr. Gossmann,
als II. Vorsitzender Herr Professor Dr. Stumpf,
als I. Schriftführer und Kassenwart Herr Dr. A. Müller,
als II. Schriftführer Herr Dr. Kleinschmidt.

Sitzung am 17. Dezember 1896.

Vorsitzender: Gossmann.
Schriftführer: A. Müller.

1. Dürck: Demonstration eines Falles von Agenesie des Uterus und der Scheide.

Das Präparat, welches ich Ihnen zu demonstriren die Ehre habe, stammt von einer 59jährigen Frau. Aus dem übrigen Sectionsbefund hebe ich nur hervor, dass es sich um ein kleines, äusserst fettreiches Individuum mit enorm fettreichen, hängenden Mammae und kuglig gewölbtem Abdomen, über dem ein Panniculus von 5—6 cm Dicke zu durchschneiden war, handelte. Auf der linken Seite liess sich eine Niere nicht auffinden, auch auf der rechten Seite war der Platz, wo die Niere zu liegen pflegt, nur von grossen Fettklumpen eingenommen, dagegen lag eine einzige, kuchenartig flache, von mächtiger Fettkapsel umhüllte Niere mit dorsalwärts gekehrtem Hilus auf der rechten Darmbeinschaufel.

Beim Einschneiden erwies sich dieselbe als eine offenbar aus der Verschmelzung zweier Nieren hervorgegangene sogen. Kuchenniere. Der Hilus derselben ist gemeinschaftlich, aus ihm geht ein gleichfalls gemeinsamer Ureter hervor, der sich nach abwärts auf eine Strecke von 15 cm verfolgen lässt, um auf der rechten Seite in die Blase einzumünden. Eine linke Uretermündung ist in der letzteren nicht auffindbar.

Bei näherer Untersuchung der Beckeneingeweide zeigte sich nun, dass Uterus und Vagina vollkommen fehlten. Im sehr stark entwickelten Beckenfettgewebe lassen sich die beiden Tuben und

rechterseits ein gut entwickeltes macroskopisch nur etwas cirrhotisches Ovarium auffinden, während dasselbe linkerseits offenbar sehr rudimentär ist. Beide Tuben weisen ein mit Fimbrien besetztes, offenes Abdominalostium auf, von dem aus sie sich eine kurze Strecke weit sondiren lassen, um dann blind zu endigen. Man kann sie beiderseits auf eine Länge von etwa 12 cm in eine den breiten Mutterbändern entsprechende Peritonealduplicatur verfolgen, dann aber hören sie in derselben in einer gänsefussartig aufgefaserten Bindegewebsleiste auf. Der Raum zwischen Blase und Mastdarm ist nur von sehr beträchtlichen Fettmassen ausgefüllt, insbesondere lässt sich hier weder ein solches Muskelbündel noch ein blasenartiger Sack, wie dies in anderen solchen Fällen beschrieben worden ist, auffinden.

Bei der Herausnahme der äusseren Genitalien zeigte sich vor der an normaler Stelle gelegenen Analöffnung ein ca. 6 cm langer, ganz intacter Damm. Das vestibulum vaginae führt in eine ganz kleine, trichterförmige, kaum einen cm lange, oben blind endigende Oeffnung, — das ganze Rudiment der völlig unentwickelten Scheide. Vor dieser trichterförmigen Einziehung und von derselben nur durch einen kaum $1^1/_2$ cm breiten, schleimhautüberkleideten Saum getrennt, liegt die für einen Zeigefinger durchgängige Mündung der Urethra mit stark geröteter von Blutungen durchsetzter Schleimhaut. Nach vorn von dieser befindet sich eine gut entwickelte Clitoris mit Praeputium. Die labia minora sind sehr klein und verstrichen.

Es handelt sich also (wie Sie sich an dem Präparat überzeugen können) um eine vollständige Aplasie des Uterus und der Scheide bei gleichzeitig vorhandener Verschmelzung beider Nieren, Nierenbecken und Ureteren und Verlagerung der so entstandenen Kuchenniere auf die rechte Darmbeinschaufel.

Es war nun natürlich interessant, etwas Näheres über das Geschlechtsleben der Frau zu erfahren. Der Gatte derselben, ein den gebildeten Ständen angehöriger z. Z. 64jähriger Mann machte folgende Angaben:

Die Frau ist stets sehr corpulent gewesen: 39 Jahre alt hat sie sich zum ersten Mal verheirathet, angeblich mit einem sehr kräftigen und vollkommen gesunden Mann. Das Eheleben wurde nach kurzer Zeit unterbrochen, da der Mann irrsinnig ward und nach 4 Jahren in einer Irrenanstalt starb. Hierauf war sie 2 Jahre lang Wittwe und heiratete dann, nunmehr 45 Jahre alt, ihren zweiten Mann. Derselbe giebt an, im Anfang der Ehe häufig den Coitus ausgeübt zu haben, glaubt aber dabei niemals in die Scheide eingedrungen zu sein, da ihm dieses bei der enormen Corpulenz der Frau nicht möglich war. Die Frau war zwar geschlechtlich erregbar, zeigte aber niemals besondere Neigung zur Cohabitation. Auch zum zweiten Mal wurde das Eheleben bald unterbrochen, da die Frau einen schweren Sturz in den Keller erlitt, an dessen Folgen sie lange darnieder lag. Von da ab soll kein Coitus mehr stattgefunden haben. Seit ungefähr 6 Jahren stellte sich beim Gehen und Stehen continuirliches Harnträufeln ein, weshalb die Frau das Zimmer hütete. Im Sitzen oder Liegen war sie im Stande, den Harn zu halten.

Wir können aus diesen Angaben den Schluss ziehen, dass bei den Cohabitationsversuchen die Urethra stark ausgedehnt wurde, bis sich zuletzt Schlussunfähigkeit des Sphincter urethrae einstellte.

Fragen wir nach der entwicklungsgeschichtlichen Deutung der Missbildung, so ist dieselbe natürlich eine sehr einfache. Wir müssen annehmen, dass das untere Ende der Müller'schen Gänge, von der Stelle ab, wo dieselben normalweise zum Uterus werden, verkümmert ist. Etwas schwieriger scheint die Frage zu beantworten: Warum sind die Müller'schen Gänge in ihrem caudalen Abschnitt zu Grunde gegangen? Ich glaube indessen auch hierfür eine befriedigende Antwort gefunden zu haben:

Neben der Genitalmissbildung handelt es sich gleichzeitig um eine Verschmelzung der beiden Nieren und der Ureteren. Da sich nun die Ureteren lateral von dem aus Müller'schem Gang und Wolff'schem Gang bestehenden Genitalstrang anlegen und aus dem unteren Ende des Urnierengangcs in die Höhe wachsen, so müssen dieselben, wenn sie sich einander nähern oder gar mit einander verschmelzen, den ganzen caudalen Abschnitt des Genitalstranges zwischen sich fassen und schliesslich abschnüren. Nur so ist das plötzliche Aufhören der Tuben in den breiten Mutterbändern erklärlich.

Discussion.

Stumpf: Die Thatsache, dass Missbildungen der Genitalorgane mit Defect einer Niere verbunden sein können, ist aus einer Reihe von Fällen längst bekannt, und ich habe über die aus den letzten 9 Jahren stammenden Fälle aus der mir zugänglichen Literatur in dem Frommel'schen Jahresberichte berichtet. Diese Thatsache ist bei den Nierenchirurgen so bekannt, dass man sagt, bei vorhandenen Missbildungen des Genitalkanales müsse man sich auf das Fehlen einer Niere gefasst machen. Was die in dem oben beschriebenen hochinteressanten Falle vorhandene Erweiterung der Urethra bei fehlender Scheide betrifft, so liegt die von Herrn Dr. Dürck vorgebrachte Erklärung durch Cohabitationsversuche per urethram allerdings sehr nahe. Aber in jüngster Zeit ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass bei Fehlen der Scheide die Erweiterung der Urethra ein constantes Vorkommniss ist auch in Fällen, in welchen keine Cohabitationsversuche stattfanden. Auch in diesem Falle war, wie aus den Darlegungen von Herrn Dr. Dürck hervorgeht, der geschlechtliche Verkehr in beiden Ehen der Verstorbenen ein sehr untergeordneter, sodass wir demnach zu der Annahme gedrängt sind, dass die Erweiterung der Harnröhre schon in der Anlage begründet war und überhaupt als eine mit dem Fehlen der Scheide verbundene Erscheinung anzusehen ist.

A. Müller, Demonstration von Phlebolithen am Lig. lat.

Das vorliegende Präparat stammt von einer 22jährigen Patientin, welche mit 16 bis 17 Jahren ihre Periode bekam. Dieselbe war unregelmässig, alle 6 bis 7 Wochen auftretend, ohne Schmerzen. Ausser Bleichsucht will Patientin nie krank gewesen sein. Im November 94 erkrankte sie, nachdem sie während der Periode eine schwere Last Holz gehoben hatte, an Blutungen und Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Ausser dieser einmaligen Anstrengung führt Patientin als mögliche Ursache ihres Leidens häufiges und langes Tanzen in den der Erkrankung vorhergehenden Jahren an. Bis zum November 95 stand sie wegen ihrer Blutung auswärts in Behandlung und wurde alsdann von Herrn Dr. Faltin eine Ausschabung vorgenommen. Schon 14 Tage darauf traten in Folge eines Falles erneute Blutungen auf, die mit Ergotin erfolgreich bekämpft wurden.

Im Juni 96 waren die Schmerzen wieder sehr stark geworden und führten die Patientin zu mir. Ich fand den Uterus klein und

anteflectirt, die Kreuzbeinbänder verkürzt, die Ovarien, besonders das rechte, vergrössert, das linke Ligamentum latum und die Tube verdickt, letztere mit dem Ovarium der Beckenwand verwachsen. Das rechte, stark vergrösserte Ovar war beweglich, nicht empfindlich. Auf manuelle Lösung der Verwachsungen trat im Juni Abschwellung der Adnexe und Aufhören der Schmerzen ein. Schon im Oktober traten jedoch abermals Blutungen und Schmerzen auf. Die linken Adnexe waren zu einem grossen, wenig beweglichen Tumor verklebt und war manuelle Lösung wegen hochgradiger Schmerzhaftigkeit und der Gefahr, eine ausgedehnte Entzündung hervorzurufen, nicht möglich. Die Blutungen, welche auf Ergotin, Hydrastis- und Ferripyrininjectionen etc. sich nicht besserten, schwächten die Patientin sehr, sodass, als auch leichte Temperatursteigerungen auftraten, in der Meinung, dass eine Pyosalpinx vorliege, die Operation beschlossen wurde. Da in der letzten Zeit auch das rechte Ovar empfindlich geworden war, wurde, um mit diesem möglichst conservativ verfahren zu können, die Koeliotomia abdominalis statt der vaginalen gewählt. Dieselbe fand am 15. Oktober statt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle in Beckenhochlagerung wurden die linken Adnexe mit der Hand leicht aus ihren Verklebungen gelöst und hervorgezogen. Es zeigte sich nun das linke Ovar vergrössert und kleincystisch degenerirt, mit glatter Oberfläche. Die Tube etwas geschwollen, gleichmässig injicirt, doch nicht verschlossen oder sackartig erweitert. Im Ligamentum latum, unterhalb der Tube, bis dicht an die Hilus ovarii, befanden sich mehrere rein weisse, kugelige Gebilde, welche sich scharf von den durchsichtigen, mit reichlichen, jedoch nicht erweiterten Gefässen durchzogenen Ligamenten abhoben. Dieselben waren knochenhart und leicht zwischen den Blättern der Ligamente verschieblich, sodass sie der bimanuellen Untersuchung leicht hätten entgehen können. Das Ligament, Tube, Ovar wurden abgetragen, der Stumpf übersäumt. Im rechten Ovar waren mehrere über erbsengrosse Cysten, welche punktirt wurden und aus deren Wand je ein Stückchen resecirt.

Es folgte die Bauchnaht in drei Etagen, und war der Heilungsverlauf ungestört, doch traten noch bis vor Kurzem zeitweilig Schmerzen im Operations-Ligamentstumpf auf.

Das in 2 pCt. Formalin conservirte Präparat zeigt noch deutlich den Reichtum an kleinen Gefässen. Die Oberfläche ist durchweg glatt, ohne Auflagerungen oder Adhäsionen. Es können daher nur flächenhafte, leichte Verklebungen bestanden haben. Zwischen den Blättern des Ligamentes finden sich 7 kugelige, harte, weisse Körper eingebettet, zwei von reichlich Erbsengrösse, etwa 7 mm im Durchmesser, zwei von etwa 4 mm, zwei seitlich adhärente Steine von 2 mm und einer von kaum 1 mm Durchmesser. Hält man das Präparat gegen das Licht, so sieht man, dass alle diese Gebilde den grössten Venenstämmen, welche das Ligament der Länge nach durchziehen, seitlich angelagert sind. Die Knoten sind steinhart und von einer lederartigen festen Hülle der Venenwand eng umschlossen, über welcher das Peritoneum sich leicht verschieben lässt. Das Ovar ist ver-

grössert und zeigt undeutlich die Conturen einer Anzahl von Cystchen bis zu Erbsengrösse. Das Tubenende, sowie die Tube ist bis 1 cm von der Trennungsstelle am Uterus mit einer gewöhnlichen Sonde leicht zu passiren. Die Fimbrien sind über dem Ostium an einer schmalen Stelle brückenartig verbunden und setzen sich als zweilappige schmale Rinne nach dem Ovarium fort.

Von ähnlichen Befunden beobachtete zuerst F. v. Winckel[1]) einen Fall bei Gelegenheit einer Section, bei welchem die Consistenz der Knoten noch grützähnliche Beschaffenheit hatte. Echte Fälle von parovarialen Phlebolithen haben noch Pozzi, Klob und Brandl beobachtet, doch giebt Pozzi keine nähere Literaturangabe. Da beide Anatomen sind, wird es wahrscheinlich, dass auch sie ihre Beobachtungen durch Sectionen genommen haben. Ueber die Aetiologie lässt sich auch in diesem Falle nichts Bestimmtes aussagen. Dass übertriebenes Tanzen auch während der Menstruation Venectasien begünstigen könne, ist wohl nicht zu bestreiten, ebenso kann eine länger dauernde Anstrengung solche bewirken; um zur Steinbildung zu führen, müssen aber noch andere unbekannte Umstände hinzutreten. Bei der Operation fiel, wie schon erwähnt, eine pralle Füllung der Venen nicht auf, und liesse sich daher annehmen, dass seitliche Ausbuchtungen der Venen nach Heilung der Varicenbildung zur Steinbildung Gelegenheit gaben. Die seitliche Lagerung der Steine an den Venensträngen könnte hierfür angeführt werden. Die Symptome waren begründet durch die Entzündung der Adnexe und scheinen die Phlebolithen als solche keine Beschwerden gemacht zu haben, da nach Beseitigung der Verwachsungen und Entzündungen die Schmerzen vorübergehend aussetzten. Ob die Phlebolithen die Ursache der entzündlichen Erscheinungen und der kleincystischen Erkrankung des Ovariums, oder nicht vielmehr gleich diesen die Folgezustände von primären Entzündungen waren und nur die Heilung derselben verhinderten, lässt sich nicht mehr entscheiden.

Discussion.

Fränkel sah kleine Phlebolithen und auch Amann jr. sah häufig kleine Phlebolithen in den zum gynaekologischen Operationskurse verwendeten Präparaten bei älteren Individuen.

E. Fränkel: Maligne Tumoren des Chorionepithels. (Ausführlich veröffentlicht in Volkmann's klinischen Vorträgen). Nach einem kurzen Ueberblick über die Entstehung unserer Kenntnisse, über den klinischen Verlauf und den anatomischen Aufbau der im Anschlusse an Puerperium und Blasenmole sich entwickelnden bösartigen Geschwülste, schildert Vortragender die Struktur der beiden Schichten des Chorionepithels, des Syncytiums und der Langhans'schen Schicht, welche auch die histologischen Komponenten des Tumorgewebes bilden. Nach den hauptsächlich von Marchand fixirten Anschauungen bilden beide Gewebselemente in ihrer gegenseitigen Durchflechtung grössere gefässlose Komplexe, die von Blutlakunen durchzogen sind und in blut-

[1]) v. W.: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1886. p. 710. Pozzi. Traité de Gynécologie. p. 813.

haltigen Räumen sich befinden. Die Geschwulstelemente durchwuchern auch das Gewebe und gelangen so sekundär in Gefässe. Andere behäupten, dass besonders die Langhans'schen Zellen nach Art eines Carcinoms das Gewebe ersetzen.

Fall 1. 29j. II para. 1884 Fehlgeburt im 5. Monate. Januar 1885 Unterleibsentzündung, Cessiren der Menses. Schmerzen im Kreuz, Fluor. Exitus 19. Juni 1885. Kein polypöser Tumor im Uterus, sondern ein in der Uteruswand entwickelter kavernöser Tumor. Uteruswand hyperplastisch. Die Verbreitung des Tumorgewebes innerhalb der Gefässe ist schon mit blossem Auge deutlich erkennbar. Metastasen von gleichem Bau in der Cervix, Knoten in der Vagina, der Leber, in den Lungen und in den Nieren.

Mikroskopisch charakteristische Geschwulst. Gewebe jedoch nur entweder der Wand von Gefässen adhärent oder frei im Lumen erweiterter Gefässe liegend. Nirgends sieht man Tumorelemente die Gefässbahnen verlassen und direkt ins Gewebe eindringen. Die Metastasen in Cervix, Vagina und Lungen zeigen gleiches Verhalten. Die Leberknoten sind stark hämorrhagisch.

Fall 2. 31j. II para. 2. Geburt 31. Oktober 1891. Vom 7. Tage des Puerperiums an profuse Blutungen. Später bald Blutungen, bald bräunlicher Ausfluss. 17./1. 1892 Exitus 2½ Monate post partum. Im Uterus die primäre Geschwulst von Haselnussgrösse. Im unteren Theile der Vagina mehrere pilzförmige hämorrhagische Knoten. Von der Basis der primären Geschwulst aus lassen sich im Zusammenhang thrombosirte Venen ins Parametrium und von da im paravesikalen und paravaginalen Bindegewebe bis zu den Vaginalmetastasen verfolgen.

Auch hier liegt das Geschwulstgewebe innerhalb von Bluträumen, die jedoch jedenfalls infolge sekundärer Veränderungen sich nicht mehr als Blutgefässe erkennen lassen. Von den Anlagerungsstellen der Tumormassen an die Wandungen dieser Bluträume erfolgt ein Einwuchern dunkel tingirter Elemente ins umliegende Granulationsgewebe (choriale Wanderzellen).

Fall 3. 48j. V para. Letzte Geburt vor 16 Jahren. Anfang Juni 1896 Geburt einer Blasenmole. 3 Tage später Ausräumung der zurückgebliebenen Reste. Dann 4 Wochen Wohlbefinden. 29. Juni Abgang von Blutklumpen. Seit der ersten Juliwoche ständig Blutungen. Diagnose an spontan ausgestossenen und auch an mit scharfem Löffel ausgekratzten Stückchen gestellt.

3. August Totalexstirpation des Uterus mittels Klemmen. Ungestörte Heilung. Patientin ist jetzt (Ende November) noch wohl. Ein aus der rechten Kante der Scheidennarbe entfernter Polyp bestand aus gewucherter Tubenschleimhaut.

Uterus nur wenig vergrössert. An der hinteren Wand sitzt der taubeneigrosse, polypöse Tumor. Schnittfläche grauröthlich.

Mikroskopisch zeigt sich die gewöhnliche Zusammensetzung aus gewuchertem Syncytium und Langhans'schen Zellen. Zahlreiche Mitosen in letzteren. An den Grenzpartien, wo Tumorgewebe an Schleimhaut und Muskularis angrenzt, sieht man erweiterte Gefässe mit deutlichem Endothel sich in die Bluträume ergiessen, die das Geschwulstgewebe bergen. Ebenso kann man das Fortwuchern der Tumorelemente im Innern erweiterter Gefässe beobachten.

Choriale Wanderzellen sind vorhanden, treten aber an Zahl sehr zurück.

Zur Ergänzung obiger Befunde erwähne ich noch zwei Fälle hierbei, die ich mikroskopisch aus eigener Anschauung kenne.

Fall Bakon. (Americ. Journ. of obstetr. XXXI). 48j. X para Blutungen 5 Wochen nach Entfernung einer Blasenmole. 6 Monate später Ausschabung. 9 Tage nachher Exitus. Tumor im Uterus. Metastasen in den Parametrien und den Lungen.

Im mikroskopischen Bilde dominiren die chorialen Wanderzellen, die in grosser Anzahl die Muskularis durchsetzen. Vielfach haben dieselben

deutlich syncytialen Typus. Bakon hält den Tumor für ein Deciduom. Doch finden sich in den Lungen, sowie in den Parametrien Stellen, die die gewöhnliche Struktur der Chorionepithelgeschwülste zeigen.

Fall Klien. (Arch. f. Gyn. Bd. 48.)

27jähr. II para 1 Abort. 12. März 1893. Geburt einer Blasenmole, zwei Monate später Curettement. Blutungen, Anämie, Tumorbildung im Uterus. Schüttelfröste. Exitus. Fast hühnereigrosser Knoten im Uterus. Knoten in der Vagina und im paracervikalen Bindegewebe.

Mikroskopisch sieht man Zellenarten von der verschiedensten Grösse im gewucherten Uterusgewebe oder unter dem Gefässendothel oder in den Gefässen selbst liegen. Die chorialen Wanderzellen dominieren also ausschliesslich. Die gewöhnlichen Wucherungen von Syncytium und Langhans'schen Zellen sind nicht aufzufinden, wenn auch ein Zusammenhang der vorhandenen Zellen mit ihnen wahrscheinlich ist.

Aus den angeführten Befunden möchte ich folgende Schlüsse ziehen:

Die aus den Langhans'schen Zellen und Syncytium aufgebauten Knoten wuchern nur in erweiterten Gefässen oder in Bluträumen, die vom Gefässsystem abstammen. In das eigentliche Uterusstroma dringen sie nicht ein. Dies vermögen die chorialen Wanderzellen, die von den Haftstellen der Zellknoten aus das Bindegewebe und die Muskulatur der Uteruswand durchsetzen. Es giebt Fälle, in denen sie an Zahl und Ausbreitung so überwiegen, dass sie den Hauptbestandtheil der Geschwulst bilden, vielleicht auch schliesslich allein noch aufgefunden werden können.

Zieht man behufs weiterer Betrachtung das Verhalten des Chorionepithels in der normalen Placenta in der ersten Hälfte der Gravidität in Betracht, so findet man Folgendes:

Die Vorbilder der Zellknoten der Neubildung im Normalen sind die Wucherungen des Chronionepithels an den Haftstellen sowie die von ihm gebildeten insulären Zellknoten. Das Auftreten der Geschwulstknoten in Bluträumen und Gefässen entspricht der Lage der Chorionzotten im intervillösen Raum und im Anfangstheil der frei sich innerhalb der Placenta eröffneten Gefässe. Auch die chorialen Wanderzellen haben ihr physiologisches Vorbild in den Elementen, die von den Haftstellen der Chorionzotten aus zwischen die Deciduazellen eindringen, vielfach in den bindegewebigen Theil der Gefässwände gelangen und an diesen entlang fortwuchern.

Es lassen sich also folgende Typen unterscheiden:

I. Geschwülste, bei denen auch das Chorionbindegewebe am Aufbau betheiligt ist (destruierende Blasenmolen [?]), destruierende Placentarpolypen. Die genauere Feststellung dieser Klasse kann erst auf Grund weiterer neuerer Beobachtungen erfolgen.

II. Geschwülste mit alleiniger Betheiligung des Chorionepithels. Das Bindegewebe kann stellenweise noch erhalten sein, spielt aber keinerlei aktive Rolle.

1. Rein syncytiale Tumoren z. B. Fälle Freund und L. Fränkel. Die Existenz solcher Geschwülste bedarf noch weitere Belege, um als völlig zweifellos anerkannt zu werden.

2. Tumoren mit ausschliesslicher Betheiligung von Syncytium und Langhans'schen Zellen. Das Geschwulstgewebe findet sich

nur innerhalb von Gefässräumen. Fall 1, Pestalozza, Fall 3, Fall Aczél.

3. Tumoren ähnlich denen sub. 2, jedoch mit Betheiligung chorialer Wanderzellen. Fälle 2, 3. Fall Bakon, Menge Fall 1, Marchand Fall 1 und 2 sowie die Mehrzahl der bisher veröffentlichten Beobachtungen.

4. Tumoren bei denen die chorialen Wanderzellen das mikroskopische Bild beherrschen und die jedenfalls von denen der Gruppe 3 abstammen. Ab und zu Knoten gebildet von Syncytium und Langhans'schen Zellen auffindbar. Fall Klien. Menge Fall 2.

Die Neubildungen des Chorionepithels lassen sich weder unter die Sarkome noch unter die Carcinome einreihen. Nach ihrer eigentümlichen Struktur und Vorbereitungsweise beanspruchen sie eine Sonderstellung.

Die mikroskopische Diagnose ist nach den oben entwickelten Anschauungen an den kleinsten Stückchen mit Sicherheit zu stellen. Ein Abwarten zum Zwecke der Feststellung destruierender Eigenschaften würde die Patientin der Gefahr einer inzwischen erfolgenden Metastasierung aussetzen. Radikaloperation mit Entfernung der Adnexe.

Geburtshilfliche Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 6. October 1897.

Vorsitzender: C. J. Cullingworth.

Demonstration von Präparaten:
Dr. Mc Cann: Sarkom der Cervix.

Dr. Robert Wise: 1) Abortivei mit Blutung in die foetalen Eihäute. 2) Schwangeres Uterushorn einer Katze.

Dr. John Philipps: Uterusruptur behandelt durch intraperitoneale Hysterectomie. — 6. Schwangerschaftsmonat, Steisslage. Alle Extractionsversuche in Narkose misslangen. Die Ruptur erfolgte unter dem Durchtritt des Scheitels. Der Riss erstreckte sich vom Fundus bis zur Höhe des inneren Muttermunds linkerseits. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurden einige Unzen flüssigen Blutes entfernt; dann wurden die Uterinae unterbunden und der Uterus amputirt. Intraperitoneale Stielversorgung. Patientin befand sich bis dahin, 48 Stunden post operationem, wohl.

Bemerkungen hierzu seitens des Vorsitzenden, der Herren Dr. Griffith, Hermann, Heywood Smith, Spencer und Mr. Doran.

Vortrag. Mr. Doran: Ueber die Behandlung von wahren und falschen Kapseln bei der Ovariotomie.

Vortr. unterscheidet falsche Kapseln, die vom Mesenterium, Omentum oder entzündlichen Adhäsionen (Pawlik) gebildet werden, und anatomisch wahre, die nur aus Mesosalpinx bestehen, ferner anatomisch falsche, wobei der untere Teil des Ligamentum latum, das parietale Peritoneum oder das Parametrium beteiligt ist. Die Behandlung der ersteren besteht einfach in der Lösung der Adhäsionen. Das Vorgehen bei der 2. und 3. Gattung gestaltet sich weniger einfach. Redner bespricht die Fälle, in denen die Kapsel abzutragen, wo sie im Becken zurückzulassen sei, und wo sie in die Bauchwunde eingenäht und drainiert werden müsse. Das erste Verfahren sollte womöglich stets geübt werden, wenn das Kapselgewebe nicht krankhaft verändert sei. Das zweite müsse eintreten, wenn der untere Teil der Kapsel für eine Stiel-

bildung zu breit, oder wo letztere aus irgend einem anderen Grunde unmöglich sei, vorausgesetzt dass das Kapselgewebe nicht krankhaft verändert ist und die Blutung vollständig steht. Einnähen der Kapsel, sowie Drainage wird dann nötig, wenn die Blutung schwer zu beherrschen ist, ferner stets, wenn die Kapselwand vorgeschrittene entzündliche Veränderungen vereint mit einer Vereiterung des Tumors aufweist. Sickert im letzteren Falle Serum nach, so steigt die Gefahr einer septischen Infektion. Es erfolgt Bericht über einen Fall, wo aus der Kapsel einer grossen vereiterten Cyste überall starkes Nachsickern erfolgte; sie wurde deshalb in die Bauchwunde eingenäht und mit steriler Jodoformgaze, die am 3. Tage entfernt wurde, tamponiert. Redner erörtert die Vorteile und die Gefahren der Jodoformgazetamponade. Auch auf das Vorurteil vieler Chirurgen gegen die Einnähung der Kapsel in die Bauchwunde kommt er ausführlich zu sprechen. Die Gefahr der Einklemmung einer Darmschlinge unterhalb der Kapsel sei eine rein theoretische.

Dr. Eden bat um nähere Angabe des Unterschiedes zwischen einer anatomisch wahren und falschen Kapsel. Die Kapsel einer gestielten Cyste des ligamentum latum, welche die Mesosalpinx allein ohne den unteren Teil des Ligaments entfaltete — dieser bildete den Stiel — würde demnach nach des Redners Ansicht als eine anatomisch wahre zu betrachten sein. Es bohrten sich jedoch viele Cysten des Lig. lat. gerade in den Beckenboden hinein, ohne einen Stiel zu besitzen. Nach der Einteilung des Vortr. würde die Kapsel einer solchen Cyste in ihrem oberen Teile eine wahre, im unteren aber eine falsche sein.

Dr. Hermann war der Ansicht, dass Vortr. die theoretischen Einwände gegen das Einnähen der Kapsel in die Bauchwunde vollständig widerlegt habe.

Dr. Herbert Spencer stimmt in der Hauptsache mit dem Redner überein, nur glaubt er, dass Darmverschluss bei Verwachsung von Darmschlingen mit dem Stumpf nicht selten vorkommt. Diese Fälle kämen nicht in Specialhospitälern zur Beobachtung; die an den allgemeinen Krankenhäusern angestellten Chirurgen wüssten jedoch, dass diese Gattung von Ileus keineswegs selten sei. Fälle, in denen der wohl erhaltene Sack in die Bauchwunde eingenäht werden könne, würden am besten mit einem Drain-Rohr behandelt, wo dagegen die Wandung zerrissen sei oder nicht eingenäht werden könne oder in Fällen mit Eiterung müsste mit Gaze drainiert werden. Er selbst habe in den letzten vier Jahren Jodoformgaze mit sehr günstigem Erfolge angewandt. In den letzten drei Jahren habe er nur ein einziges Mal bei einer Laparatomie ein Drain-Rohr benützt und da unnötigerweise. Seiner Ansicht nach sei die Jodoform-Gaze ein vorzügliches Mittel, die Blutung zu stillen, Sepsis zu verhüten und die Därme von zerrissenen Kapseln und inficierten Gebieten fern zu halten.

Dr. Ewen Maclean bemerkte zu Mr. Doran's Ausführungen und Beispielen, dass ein Ovarialtumor, der sich von innen her in einen vollständigen Sack umwandelte, eine wahre anatomische von Peritoneum gebildete Kapsel (?) darbieten müsse, an welcher weder die Mesosalpinx noch die untere Partie des Lig. lat. beteiligt sei.

Nach Bemerkungen von Dr. Drummond Robinson beglückwünschte Mr. Butler-Smythe den Redner, eine so interessante Diskussion herbeigeführt zu haben. Er selbst behandle die Kapseln gewöhnlich nach folgenden Grundsätzen: Die einfachen dünnen Kapseln würden abgebunden und im Becken belassen. In den Fällen, wo Teile der Cystenwand von der Kapsel unmöglich loszutrennen sind, wobei dieselbe verdickt ist und zur Eiterung neigt, wird sie in dem unteren Wundwinkel eingenäht; auch wird ein Glasdrain eingelegt. In jenen seltenen Fällen dagegen, wo die Ligamenta lata in übermässiger Ausdehnung eröffnet worden waren, ferner wo die Adhäsionen hoch in die Bauchhöhle hinauf reichten, ehe der Tumor ausgeschält wurde, wo ausgedehnte blutende Flächen zurückgeblieben waren, tamponiere er mit Jodoformgaze, die er 3 bis 4 Tage liegen lasse. Er habe häufig Jodoformvergiftungen gesehen; die ersten Symptome treten gewöhnlich am vierten Tage in unverkennbarer Weise auf — rascher Puls, plötzliche Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Schwindel und in schlimmen Fällen Erbrechen.

Der Vorsitzende erklärte, dass allgemeine Uebereinstimmung betreffs der von dem Redner vertretenen Ansichten herrsche. Betreffs der Gazetamponade habe er selbst wenig persönliche Erfahrung. Die Entfernung der Gaze sei eine fürchterliche Sache und verursache der Kranken eine solche körperliche und seelische Qual, dass er nur notgedrungen zur Jodoformgazetamponade seine Zuflucht nehmen möchte. Gleichzeitig müsse er aber ihren gewaltigen Wert für gewisse Fälle anerkennen, z. B. bei Blutungen, wo die Gefässe so tief im Becken liegen, dass sie unmöglich unterbunden werden können.

Mr. Alban Doran erwiderte, dass er die anatomischen Verhältnisse der von ihm heute besprochenen Gebilde in einem Artikel: „Wahre und falsche Kapseln bei Ovariotomien mit Bemerkungen über 6 Fälle“ in „Brit. Med. Journ.“ April 1896 ausführlich besprochen habe. Die komplicierte Form, von welcher der Vorsitzende und Dr. Eden Fälle beibrachten, sei „Pawlik's Cyste“; hier sei das Ligam. lat. nicht Sitz der Geschwulst, sondern es sei nur über ihr ausgebreitet und adhärent.

Die falsche Kapsel werde durch Adhäsionen mit dem Netze oder Mesenterium vervollständigt. Es interessierte Dr. Doran sehr von Dr. Spencer zu hören, dass Ileus häufig durch einen alten Ovarialstiel verursacht werde. Er möchte gerne wissen, ob in diesem Falle die Oberfläche des Stiels übernäht worden sei oder nicht. Er selbst habe vor vielen Jahren einmal die Sektion eines Ileusfalles gemacht, wo die Oberfläche des Stiels übersäumt worden war, gerade um einem solchen Zwischenfall vorzubeugen. Er benütze das Drain-Rohr jetzt viel weniger als früher. Er fand jedoch, dass von Seite der Kranken gegen dasselbe keine Einwände gemacht wurden, während die Tamponade mit Jodoformgaze und die Entfernung derselben — wie es auch der Vorsitzende angab — oft grosses Unbehagen verursachte. Er behaupte, dass eine Pulsfrequenz von 144—156 bei einem nach Miculicz drainierten Falle ein deutliches Zeichen von Jodoformvergiftung darstelle, falls alle anderen Symptome günstig seien. In Bezug auf Mr. Butler-Smythe's Bemerkungen führte Mr. Doran einen Fall an, wo er ein grosses cystisches Myom des Uterus entfernte. Da der mittels Schlingenschnürer befestigte Stiel schwer trocken zu erhalten war, wurde er mit Tannin-Jodoform bestreut. Die Pulsfrequenz stieg sehr rasch an und ging nicht eher herab, als bis man dieses Pulver wegliess.

Buchanzeigen.

W. Rühl (Eibach-Dillenburg). Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixierung des Uterus. Für praktische Aerzte. Mit 15 Abbildungen im Text. Verlag von S. Karger.

Je öfter sich Gelegenheit bot, Geburten nach Antefixirung des Uterus zu beobachten, um so mehr zeigte sich, dass der Mechanismus ganz bestimmte Abweichungen erleidet, die in genauer Beziehung zur Art und Ausführung der vorausgegangenen Operation stehen. Als Ref. vor etwa zwei Jahren in einer daraufbezüglichen Studie die erstbeobachteten Fälle von Schwangerschafts- und Geburtsstörungen nach Vaginifixur veröffentlichte, wurde von Dührssen gegen die Häufigkeit der Aborte noch der Einwand erhoben, dass die Aetiologie dieser nicht genügend erforscht sei, ferner dass die absoluten Geburtshindernisse aus der Eigenart der Fälle zu erklären seien. Seitdem sind diese Gegengründe hinfällig geworden. Von vielen Seiten kamen gleiche Beobachtungen. Die Pathologie der Geburt wurde um den Namen Vaginifixationsgeburt vermehrt. Aus der Therapie des durch Vernähung verdeckten Beckens entwickelte sich der vaginale Kaiserschnitt.

Bei der grossen Zahl derjenigen, bei denen in geschlechtsreifem Alter die Annähung des Uterus ausgeführt worden ist, hat sich sogar eine übersichtliche

Darstellung der anatomischen Verhältnisse und der Behandlung dieser Geburtsstörungen für die praktischen Aerzte als notwendig herausgestellt.

Rühl, dessen reiche Erfahrungen über die Annähung der Gebärmutter erst kürzlich in der Sammlung Klin. Vortr. bekannt geworden sind, betrachtet zunächst das physiologische Verhalten des schwangern Uterus. An der Volumenzunahme beteiligt sich die Cervix fast gar nicht, das untere Uterinsegment etwas mehr, das Corpus sehr wesentlich, am meisten der Fundus.

Nichtbeteiligung gleich grosser Partien der Uteruswände an der Schwangerschaftshypertrophie erlangt daher ganz verschiedene Bedeutung je nach dem mehr oder weniger hohen Sitz der betreffenden Stelle. Ein Ausfall von 1 qcm des normalen Fundus würde am Ende der Schwangerschaft einen Ausfall von 100 qcm Uteruswand zur Folge haben. Der freie schwangere Uterus vollzieht wachsend eine Drehung um seine Querachse, so dass seine Längsachse etwa um 54° gegen die des normalen nichtschwangeren Organes sich erhebt und senkrecht zur Beckeneingangsebene steht, während sich das untere Segment ins Becken senken kann. Von der Festigkeit, Ausdehnung und dem Ort der Antefixationen sind die Geburtsstörungen abhängig, deren Grad von der Behinderung des Drehungsmechanismus und dem Umfange der Entfaltungshemmung der vorderen Wand bedingt wird. Nach Antefixur steht die Uterusachse und der Fruchtachsendruck nicht senkrecht, sondern im spitzen Winkel zum Beckeneingang. Ein spontaner Verlauf pflegt noch solange möglich zu sein, als die Fruchtachse nicht höher als nach dem zweiten oder dritten Kreuzbeinwirbel hin gerichtet ist. Ist sie infolge hoher Fixur nach der Gegend des Promontorium gerichtet, so kommt spontane Geburt nur ausnahmsweise zustande. Die Kunsthilfe muss um so eingreifender sein, je grösser die Entfaltungshemmung der vorderen Uteruswand ist. In ausgeprägten Fällen befindet sich der Fundus am Ende der Schwangerschaft unterhalb des Nabels, die Portio selbst über dem Promontorium, die Cervix lässt sich nicht herabziehen. Die vordere Wand ist mangelhaft entfaltet, die hintere Wand überdehnt, die hintere Lippe ist daher frühzeitig verstrichen, die vordere Lippe bleibt unverhältnismässig lang. Nach dem Blasensprung schliesst sich die vorher überdehnte Wand fest um das Kind zusammen. — Nach der Alexander Alquié-Operation sind noch keine Geburtsstörungen beobachtet. — Die Stränge der Ventrifixur sind meist dehnungsfähig. Gefährlich werden tiefe Fixationen grosser Teile des Fundus oberhalb der Symphyse an straffe Bauchdecken. Der Kaiserschnitt ist dabei verschiedentlich ausgeführt worden, unter Umständen rein extraperitoneal. Die Resultate Bidone's (3 Kaiserschnitte auf 6 Conceptionen unter 24 Ventrifixuren, erklärt Rühl wohl mit Recht als Folge einer besonderen Technik. Die Indication des Falles v. Gubaroff hat Ref. schon früher im Archiv als nicht ganz strict anerkannt. Bei zu hoher Fixation können Nachgeburtsblutungen entstehen infolge gehemmter Retraction. Nur 1—1½ cm unterhalb des Fundus soll in geringem Umfange angenäht werden. Störungen der Wehentätigkeit sind beobachtet, ausserdem besteht die Gefahr des Auseinanderweichens der Bauchnarbe. Bei der Vaginifixur des Fundus erreichen die Störung des Drehungsmechanismus und die Hemmung der Entwicklung der Vorderwand das Maximum. Der Fundus wird nur wenige Cm oberhalb der Symphyse angetroffen. In seitlicher Richtung ist eine compensatorische Entfaltung in weit geringerem Grade möglich als nach Ventrifixur. Die mit der vorderen Scheidewand verlötete Uteruswand wölbt sich divertikelartig vor und spannt sich beim Anziehen wie ein eiserner Ring. Befindet sich der Fötus auch zum Becken in Längslage. so besteht doch in Bezug auf den Uterus Geradlage.

Zahlreiche schwere Operationen (Wendung, Perforation, Kaiserschnitt, Porro'sche Amputation) sind hier ausgeführt worden; Nachblutungen sind sehr selten, doch hat Dührssen deshalb einmal den Uterus amputieren müssen.

Die Antefixationsgeburt behandle man möglichst exspectativ. Man operiere nur auf Indication hin. Manchmal gelingt die Einstellung des Kopfes durch starkes Erheben des Fundus. Je nach Stand und Beweglichkeit des vorliegenden Teiles treten Wendung, Extraction, Zange, Craniotomie

in Anwendung. Die Uebersicht über die schwereren Geburtscomplicationen, besonders nach Vaginifixur, welche Rühl giebt, gewährt ein wahrhaft erschreckendes Bild von den Gefahren dieser Methode.

Ist die Entbindung auf natürlichem Wege nicht möglich, so kommen in Frage 1. Trennung der Adhäsionen und nachfolgende spontane oder operative Entbindung, 2. Kaiserschnitt, 3. vorderer Uterusscheidenschnitt.

Die erste Methode ist nur bei ventrifixiertem Uterus ausführbar. Rühl wendet sich gegen Bidone's Vorschlag, eventuell schon im 8. Monat die Laparotomie zu machen und die Adhäsionen zu lösen, um die Geburt zu ermöglichen. Das dürfe erst bei der Geburt und bei schon ausreichender Erweiterung gemacht werden. Während vom Bauche aus die Blutstillung der durchtrennten Stränge besorgt wird, möge ein Assistent von der Scheide aus entbinden (!) Trennen sich die Adhäsionen schwer, so wird die Sectio caesarea ausgeführt. In der Nachgeburtsperiode ist die Verwachsung einmal von Guérard wegen Blutung gelöst worden. Zur Verhütung dieses Vorkommnisses empfiehlt Rühl Tamponade und Compressivverband (vom Ref. vielfach mit Erfolg angewendet). Ausnahmsweise kann die Totalexstirpation notwendig werden, deren Technik genau geschildert wird. — Nach Vaginifixur kann an Stelle des Kaiserschnittes selbst in schweren Fällen der vordere Uterusscheidenschnitt bewerkstelligt werden. Er ist von Rühl zuerst ausgeführt worden. Die Blase soll wegen der starken Dislocation dabei nicht gefährdet sein. In der Narbe des früheren Schnittes wird in 6—8 cm Länge gespalten, nicht mehr wie 2 cm schrittweise und gleich umstochen. Spaltung und Vernähung kann zwischen 2 Richelots stattfinden.

Ein Nachtragswort hebt hervor, dass das beste Mittel zur Verhütung der Geburtsstörungen in einem rationellen Operationsverfahren besteht. Rühl hat seine Methode in dem schon erwähnten Vortrage beschrieben (vaginale Fixur, nicht höher als 2 cm über dem inneren Muttermunde, Annähung des Peritoneums, darunter musculäre Vereinigung von Uterus mit Vagina).

Statt des Nachwortes hätten wir lieber ein Vorwort gelesen, in dem die Grenzen der operativen Indicationen für die Rückwärtslagerungen streng abgesteckt werden. Hierin liegt die beste Prophylaxe der Geburtsstörungen. Das ist der Gedanke, der sich bei der Lectüre des in dankenswerter Absicht geschriebenen Werkes doch immer wieder aufdrängt und für dessen Richtigkeit hier die schlagendsten Belege entnommen werden können. P. Strassmann (Berlin).

Dr. Agnes Hacker, Ueber abdominale Totalexstirpation des schwangeren, myomatösen Uterus. (Berlin, S. Karger.)

Selbstbericht.

Es werden Krankheitsgeschichten und Operationsverlauf von 9 Fällen von abd. Totalexstirpation des schwangeren myomatösen Uterus zusammengestellt, die Olshausen in seiner Abhandlung „Myom und Schwangerschaft“ [1]) als bis dahin ausgeführt angiebt, soweit Referate vorliegen — und ein Bericht über 3 Fälle gleicher Art, die auf der Schauta'schen Klinik zur Operation gekommen sind, zugefügt. Als Resultat der Kenntnissnahme der 9 Orignalberichte stellt sich heraus, dass von den 9 Fällen nur 5 als typisch ausgeführte abdominale Totalexstirpationen des schwangeren myomatösen Uterus zu bezeichnen sind, indem correcter Weise nur eine solche Operation darunter zu verstehen ist, die erstens auf rein abdominalem Wege ausgeführt wird und zweitens den Uterus uneröffnet und unentleert, also in wirklich schwangerem Zustande entfernt. Für die hiervon abweichenden Operationsverfahren werden folgende Namen vorgeschlagen: Abdominale Totalexstirpation des schwangeren, aber bei der Operation eröffneten und entleerten Uterus, — Supravaginale Amputation des schwangeren Uterus mit nachfolgender abdominaler Entfernung der Cervix, — Supravaginale Amputation des schwangeren Uterus mit nachfolgender Entfernung der Cervix per vaginam oder ventro-vaginale Total-

[1]) Olshausen, Myom und Schwangerschaft. Handbuch der Gynaekologie v. J. Veit, Band II 1897.

exstirpation des schwangeren Uterus. — Vagino-abdominale Totalexstirpation des schwangeren Uterus. —

Vier der angeführten Operationen werden unter die vorstehenden Bezeichnungen eingereiht. Dieselben werden aufgefasst als die allmähliche Entwicklung des Operationsverfahrens zu der jetzt typischen rein abdominalen Totalexstirpation des schwangeren Uterus darstellend. Vom Stande der heutigen Operationstechnik aus ist — soweit überhaupt eine totale Herausnahme des Uterus beabsichtigt wird — ein von der typischen Operation abweichendes Verfahren zu verwerfen. —

Als Zeit für die Operation kommen die ersten 7—8 Lunarmonate der Schwangerschaft in Betracht. Fasst man den ganzen Verlauf der Schwangerschaft ins Auge, so kann durch die Complication mit Myomen Veranlassung zu fast allen geburtshilflichen wie auch zu fast allen Myomoperationen gegeben werden. — Die Erfolge der geburtshilflichen Operationen sind im ganzen wenig günstige gewesen. Sie sind zum Teil dadurch nötig geworden, dass man Schwangerschaft und Geburt so lange wie möglich sich selbst überlassen hat. Daher erscheint ein rechtzeitiges Eingreifen durch gynaekologische Operationen geboten — nach bestimmten Indicationen.

Die gynaekologischen Operationen, die in Betracht kommen, sind sowohl vaginale wie abdominale: Abtragung gestielter Tumoren, Enucleation der ungestielten. — Enucleationen, die sich vaginal nicht vollziehen lassen, werden widerrathen: wegen der Schwierigkeit des Operirens bei gravidem, also stark vascularisirtem Uterus, wegen der Gefahr des Aborts nach vorgenommener Enucleation, wegen des Umstandes, dass trotz des conservirenden Verfahrens der Uterus in Zukunft doch meist nicht mehr funktionstüchtig ist und endlich viertens wegen der oft nur scheinbaren Heilung, indem es sich nicht um solitäre Tumoren handelt, sondern in sehr vielen Fällen um multiple Myome bez. Myomkeime.

Zu den radicalen abdominalen Myomoperationen bei schwangerem Uterus gehören noch die Concurrenzverfahren der supra-vaginalen Amputation und der Totalexstirpation. Objective Gründe sprechen hei tiefem Sitz der Tumoren für die Totalexstirpation und zwar die Wichtigkeit der Herstellung guter Wundverhältnisse und einer ausgiebigen Drainage bei grossem zerfetztem Wundbett. Eine solche ist bei zurückgelassener Cervix nicht möglich. —

Die Indicationstellung für die Totalexstirpation resp. die supravaginale Amputation des schwangeren myomatösen Uterus wird gegeben 1. durch Grösse und Sitz der Tumoren, 2. durch schnelles Wachstum derselben, 3. durch Expulsionsbestrebungen des Uterus — Die procentuale Mortalität wird durch 3 Fälle der Schauta'schen Klinik nicht geändert, trotzdem werden bei Berücksichtigung der Ursachen der Todesfälle gewisse specielle Gefahren, wie sie bei der Totalexstirpation gegenüber der supravaginalen Amputation statt haben sollen, zurückgewiesen und solche als thatsächlich bestehend angenommen für die supravaginale Amputation. — Von den 4 Todesfällen ist kein einziger der Totalexstirpation als solcher zur Last zu legen — dagegen ergiebt die Statistik wie Olshausen sie anführt, für die Amputatio supravaginalis bei 45 Operationen auf 8 Todesfälle 6 derselben durch Peritonitis und Sepsis bedingt (bei 3 Fällen mit extraperitonealer Stielbehandlung). Letztere sind als im engsten Zusammenhang mit der Eigenart der Operation entstanden anzunehmen, indem der Cervixstumpf als solcher und die mangelhafte Drainage des supracervicalen Wundraumes durch denselben hindurch die Peritonitis und Sepsis mit grösster Wahrscheinlichkeit verursacht und begünstigt haben. — Die eingehendere Kritik der angeführten 12 Fälle von abdominaler Totalexstirpation des schwangeren myomatösen Uterus macht dieselben zu Gunsten der Totalexstirpation, zu Ungunsten der supravaginalen Amputation verwertbar.

K. Ploch, Giessen: Ueber das Giessener Dammschutzverfahren. Inaug. Dissert. 1897.

Nach einem historischen Ueberblick über die Geschichte des Dammschutzes von Hippocrates bis zur Gegenwart schildert Verfasser das in der Giessener Klinik übliche, von Herrn Geheimrat Löhlein ausgebildete Dammschutzverfahren.

Dasselbe fusst auf dem „Ritgen'schen Handgriff."

Fälschlicher Weise wird als solcher noch vielfach die Expression des Kopfes vom Mastdarm aus bezeichnet, die R. nur für bestimmte Ausnahmefälle empfohlen hat.

Das Wesentlichste des Ritgen'schen Handgriffes ist 1. das Zurückhalten des Kopfes auf der Höhe der Wehe mit den Fingerspitzen der einen Hand und 2. die Expression des Kopfes vom Hinterdamm aus mit den unterhalb des Steissbeins aufgesetzten Fingerspitzen der anderen Hand.

Das jetzt geübte Verfahren wird in linker Seitenlage der Kreissenden ausgeführt. Die linke Hand des hinter der Kreissenden stehenden Geburtshelfers wird über die rechte Hüfte und zwischen den Oberschenkeln derselben durchgeführt. Die Volarflächen der Finger legen sich auf den sichtbaren Teil des Schädels, um diesen, wenn nötig, während der Wehe zurückzuhalten. Der Ballen der hyperextendierten rechten Hand liegt am Hinterdamm und übt von hier aus in der Wehenpause nacheinander auf Stirn, Gesicht und Kinn einen Druck aus, der den Kopf langsam durchschneiden lässt, während die linke Hand den Saum der Schamspalte über die geborenen Teile des Schädels wegstreift.

Das beschriebene Dammschutzverfahren bietet alle Vorteile des Mastdarmgriffes, ohne dass ihm dessen Nachteile anhaften, vor dem alten Ritgen'schen hat es den Vorzug grösserer Sicherheit und Leistungsfähigkeit.

Eine Tabelle, die eine Uebersicht über die Dammverletzungen an den verschiedenen Kliniken bringt und eine wohlgelungene photographische Abbildung des „Giessener Dammschutzverfahrens" sind der Arbeit beigegeben.

Kretschmann (Giessen).

Tagesnachrichten und Notizen.

Bibliographisches.

Von bekannten und geschätzten geburtshilflichen und gynäkologischen Lehrbüchern sind in letzter Zeit rasch nacheinander in neuen Auflagen erschienen;

1. **Oscar Schaeffer**, Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshülfe, 4. Auflage, München J. F. Lehmann.
2. **A. Döderlein**, Leitfaden für den geburtshülflichen Operationskurs. 3. Auflage. Leipzig, A. Georgi.
3. **H. Fritsch**. Die Krankheiten der Frauen. Wreden's Sammlung medizinischer Lehrbücher. Bd. I. 8. Auflage. Berlin, Friedrich Wreden.
4. **G. Winter**, (unter Mitarbeitung von **C. Ruge**), Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig, S. Hirzel. (Uebersetzungen in die italienische und spanische Sprache in Vorbereitung.)

Vivant sequentes!

Mit noch grösserer als schon gewohnter Beschleunigung, bereits Ende Oktober, sind dieses Mal die **Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie** (7. Versammlung, abgehalten zu Leipzig 9. bis 11. Juni), herausgegeben von **Zweifel** und **Pfannenstiel**, Leipzig, Breitkopf & Härtel, an die Mitglieder vertheilt worden. Die von Anfang an gewählte, auf stenographische Nachschrift gegründete parlamentarische Darstellung des Verlaufes der Sitzungen gibt die Discussion besonders lebensvoll wieder, so dass es sich auch für die Ferngebliebenen liest, als ob sie dabei gewesen

wären. Ein Bildniss von **Semmelweis** schmückt die Titelseite.

Wir erfahren, dass sich die Mitgliederzahl der Gesellschaft nun auf 279 beläuft. Die Präsenzliste, wohl die höchste, welche bisher erreicht wurde, weist 210 Namen auf.

Ueber die Verhandlungen haben wir seinerzeit berichtet. Ein **Anhang** bringt „als Vorträge, welche für den Congress angemeldet waren, aber aus Mangel an Zeit nicht gehalten werden konnten, abgedruckt nach eingesandtem Manuscript" die folgenden:

v. Franqué (Würzburg): Ueber histologische Veränderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum Tode der Frucht.

Reese (Graz): Ueber accessorische Nebennieren im Ligamentum latum.

Peters (Wien): Ueber pathologische Coelomepithel-Einstülpungen bei menschlichen Embryonen.

Calmann (Breslau): Sensibilitätsprüfungen am weiblichen Genitale nach forensischen Gesichtspunkten.

Personalien.

Dr. Nyhoff, bisher Lehrer an der Reichs-Hebammenschule in Amsterdam, ein Schüler Treub's, ist als Nachfolger von Döderlein zum Professor und Leiter der gynäkologischen Klinik in Groningen ernannt worden.

Dr. W. Grusden hat sich als Privatdocent für Geburtshilfe an der militär-medizinischen Academie in St. Petersburg habilitiert.

Dr. Alois Valenta von Marchthurn, Professor der Geburtshilfe an der Hebammenschule in Laibach, ist in den erbetenen Ruhestand versetzt worden.

Gestorben in Göttingen Professor Victor Hueter, Privatdocent für Gynäkologie in Marburg. Ein Sohn des bekannten Marburger Geburtshelfers Carl Christoph H. und Bruder des Chirurgen Carl H. ist er litterarisch wenig hervorgetreten. Seine Hauptwerke waren eine 1870 erschienene Monographie über die „Flexionen des Uterus", sowie (1874) ein „Compendium der geburtshülflichen Operationen für den Gebrauch in der Praxis", beide verlegt bei F. C. W. Vogel in Leipzig.

Gestorben in Christiania im Alter von 82 Jahren Dr. Joachim Andreas Voss, Prof. emer. der Anatomie und gerichtlichen Medicin an der dortigen Hochschule (bis 1875). Neben seiner Lehrerwirksamkeit übte er die ärztliche Praxis in ausgedehntem Maassstabe besonders als Chirurg; er war einer der Ersten, welche in Norwegen Ovariotomien ausführten.

Sein Name ist hochzuhalten in der Geschichte unseres Faches als desjenigen Mannes, welcher als der Erste bei der totalen Dammplastik die Lappenspaltung in Anwendung brachte (Verhandl. d. Norweg. medic. Gesellschaft, 1870 und 1873).

Eben geht uns, nach Abschluss dieses Heftes, die Nachricht zu, dass Stéphane Tarnier, Professor der Geburtshilfe an der medicinischen Facultät, früher Chef-Chirurg der Maternité von Paris, am 24. November gestorben sei. Wir werden diesem hochverdienten Manne im nächsten Hefte einen Nachruf widmen.

Von dem vorliegenden Band VI ab geben wir unseren Lesern statt des bisher gelieferten Inhaltsverzeichnisses ein **Namen- und Sachregister** und glauben so deren Wünschen zu entsprechen. — Ein Generalregister für die bereits erschienenen **Bände I—V** der „Monatsschrift" erscheint Anfang März.

Litteratur-Verzeichniss.

I. Geburtshilfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Budin, P., et Crouzat, E., La pratique des accouchements. A l'usage des sages-femmes. Octave Doin. Paris. 1898.

Döderlein, Geburtshilflicher Operationskurs. III. Auflage. Leipzig. A. Georgi, 1898.

Hartel, G., Bericht über tausend Geburten der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg. Ein Beitrag zur geburtshilflichen Statistik. Diss. Würzburg. 1897.

Wagner, Albert, Die Wochenbettspflege. Ferdinand Enke. Stuttgart. 1897.

Wright, Adam H., Notes on methods and results in the Burnside Lying in Hospital, connected with the Toronto General Hospital, Toronto, Canada. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

2. Allgemeines.

Ahlfeld, F., Die Lehre von der puerperalen Selbstinfection und vom Selbsttouchiren in forensischer Beziehung. Zeitschr. für Medizinalbeamte. Heft 20. 1897.

Albrecht, H., Fürsorge für Wöchnerinnen und deren Angehörige. Deutsche Med. Wochschr. No. 42. 1897.

Benckiser, A., Die Wöchnerinnen-Asyle Deutschlands. Deutsche Med. Wochschr. No. 43. 1897.

Dorsett, Walter Blackburn, The administration of phosphate of strychnia during gestation. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Loos, C. E. de, Das Wachstum der menschlichen Chorionzotten. Diss. Freiburg. 1897.

Temple, J. A., Giles, A. E., Gardner, W., Maury, R. B., Skene, A. J. C., Hanks, Horace Tracy, Jewett, Charles, Cameron, J. Chalmers, Sinclair, W. Japp, Mcdonald, J. F., A discussion on hyperemesis gravidarum. Brit. Med. Journ. No. 1921. 1897.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts.

Burton, R. H., Complete inversion of the uterus on the fifth day after confinement, with recovery. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Campbell, John, Labour complicated by abnormalities of the cervix uteri and vagina. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Chop, F., Placenta praevia. „Statistik und Therapie an der Hand von 159 Fällen." Diss. Berlin. 1897.

Dannenberg, K., Ueber Uterusruptur. Diss. Berlin. 1897.

Duval, Douglas F., Palpation of the foetal heart impulse in pregnancy. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Vol. VIII. No. 79. 1897.

Duff, John Milton, The source of puerperal sepsis. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Gaede, M., Ueber Zwillingsgeburten und unser Verhalten bei der Geburt des zweiten Zwillings. Diss. Bonn. 1897.

Goldschmidt, A., Sacraltumoren und ihr Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt. Diss. Berlin. 1897.

Gordon, Alfred, Temporary sterility as cause of abortion at the first pregnancy. Am. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Haggard, W. D., Another case of prolapsus funis. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. . Oktober. 1897.

Halfter, F., Eine Complication von myoma uteri mit Gravidität. Diss. Greifswald. 1897.

Heilgendorff, M., Ein Fall von Einkeilung oligo- und polyhydramniotischer Zwillinge während der Geburt. Diss. Berlin. 1897.

Jacobs, Fibrome utérin et grossesse. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. No. 5. 1897.

Jahn, Ueber die Phlegmasia alba dolens puerperalis. Diss. Berlin. 1897.

Kauffmann, A., Ueber Uteruscarcinom bei Gravidität, Geburt und Wochenbett mit einer Casuistik der Fälle aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin vom Jahre 1886 an. Diss. Berlin. 1897.

Leonhardt, F., Ueber die Kindeslagen bei Zwillingsgeburten. Diss. Leipzig. 1897.

Longyear, H. W., Puerperal diphtheria. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Lugeol, Ein Fall von Superfoetatio. Der Frauenarzt. Heft 9. 1897.

Peikert, G., Ueber Puerperalpsychosen. Diss. Leipzig. 1897.

Reynolds, Ernest Septimus, Peripheral neuritis connected with pregnancy and the puerperal state. Brit. Med. Jour. No. 1920. 1897.

Schaper, Charles, Face presentation. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Schier, T., Ueber die Komplikation von Schwangerschaft mit einem Beckenexsudat und die Störungen durch letzteres während der Geburt. Diss. Berlin. 1897.

Sommer, G., Fieber in der Geburt. Diss. Marburg. 1897.

Stack, John Joseph, Puerperal erythema. The Lancet. No. 3870. 1897.

Stieda, A., Ueber Anaemia splenica in der Schwangerschaft. Centralbl. für Gyn. No. 44. 1897.

Streffing, A., Ueber den vorliegenden Fruchtkuchen. Diss. Leipzig. 1897.

Vittinghoff, H., Die Eigentümlichkeiten im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt missbildeter Früchte. Casuistische Beiträge und Beobachtungen der Marburger Frauenklinik. Diss. Marburg. 1897.

Walther, J., Ein Fall von Gravidität bei Uteruscarcinom. Diss. Tübingen. 1897.

Wenning, W. H., Placenta previa with special reference to treatment. Am. Jour. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Wright, Adam H., Toxemia of pregnancy. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

4. Enges Becken.

Kissinger, P., Zur Prognose der Geburt bei engem Becken. Diss. Würzburg. 1897.

Rosenbaum, Die in der Kieler Frauenklinik in dem Zeitraum von 1885 bis 1895 bei Beckenenge unter Kunsthilfe beendeten Geburten. Diss. Bonn. 1897.

Schultz, B., Statistik der Geburten mit engem Becken an der Charité zu Berlin während der Jahre 1884—1894. Diss. Berlin. 1897.

Silberstein, A., Die Prognose der Geburt beim schrägverengten Becken.. Diss. Berlin. 1897.

la Torre, Felice, Une nouvelle classification des bassins viciés. F. Levé Paris. 1897.

5. Geburtshilfliche Operationen. Abortus. Operationen im Wochenbett.

Baumann, G., Ueber die Berechtigung der oberflächlichen Einschnitte in die Cervix. Diss. Berlin. 1897.

Clemens, H., Ueber Embryotomie mit dem Sichelmesser von B. Schultze. Centralbl. für Gyn. No. 4. 1897.

Herzfeld, K. A., Nochmals „der Carl Braun'sche Schlüsselhaken". Centralblatt für Gyn. No. 44. 1897.

Ill, Edward J., The treatment of puerperal endometritis by the Carossa method. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Marmey, Les lésions annexielles sont-elles une contre-indication du curettage dans les rétentions placentaires? Thèse de Bordeaux. 1897.

Mueller, A., Zur Anwendung der elastischen und unelastischen Ballons in der Geburtshilfe. Münch. Med. Wochenschr. No. 41. 1897.

Münnekehoff, H., Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta nebst Erfolgen in der Münchner Univers.-Frauenklinik während der Jahre 1892—1896. Diss. München. 1897.

Robson, A. W. Mayo, Two cases in which Porro's operation was performed for impacted pelvic tumours preventing delivery. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Rokitansky, Fretherr, Zur Extraction des nachfolgenden Kopfes. Arch. für Gyn. 54. Band. 2. Heft. 1897.

Schürff, A., Ein Beitrag zur Casuistik der Symphyseotomie. Diss. Würzburg. 1897.

Schmid, E., Ueber die Behandlung von Blutungen nach dem Abortus. Diss. Tübingen. 1897.

Spyra, J., Ein Beitrag zur Frage der Behandlung von Gesichts- und Stirnlagen. Diss. Breslau. 1897.

Stock (Kruse), B., Sechzig Fälle von „septischem Abort" behandelt in der Königl. Universitäts-Frauenklinik 1894—1897. Diss. Berlin. 1897.

Storry, Frederick Wm., A case of caesarean section. Brit. Med. Jour. No. 1920. 1897.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Dorsett, Walter Blackburn, Tubal pregnancy, operation, recovery. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Dührssen, Ueber die operative Behandlung, insbesondere die vaginale Coeliotomie bei Tubarschwangerschaft, nebst Bemerkungen zur Aetiologie der Tubarschwangerschaft und Beschreibung eines Tubenpolypen. Arch. für Gyn. 54. Band. 2. Heft. 1897.

Edgar, John, A series of cases of ectopic pregnancy. With remarks on diagnosis and treatment. Glasgow Med. Jour. 1897.

Karow, A., Ein Fall von übertragener Extrauterinschwangerschaft. Diss. Leipzig. 1897.

Roesky, F., Ueber Graviditas tubaria. Diss. Greifswald. 1897.

Rothschild, M., Ein Fall von fast ausgetragener gestielter Schwangerschaft nebst einem Beitrag zur Operationsstatistik der vorgerückten Tubenschwangerschaft. Diss. Kiel. 1897.

Spörlin, Ein Fall von Extrauterin-Schwangerschaft im 8. Monat mit lebendem Kind. Centralbl. für Gyn. No. 42. 1897.

Stepkowski, Fr., 12 Fälle von operativ behandelter Extrauterinschwangerschaft nebst Bemerkungen. Aus Neugebauer's gyn. Klinik des Evangel. Hospitals in Warschau. Gazeta Lekarska. No. 12. 1897. (Polnisch.)

Warszawsky, M., Aus Neugebauer's Klinik: Ein Fall von Graviditas tubo-uterina im 4. Monate. Cervikale Uterusamputation nach Bauchschnitt. Genesung. (Präparat dem Kongress in Leipzig von Neugebauer demonstrirt.) Kronika Lekarska. Oktober 1897. (Polnisch.)

7. Eklampsie.

Finke, J., Zur Histologie der Eclampsieplacenta. Diss. Freiburg. 1897.

Gardener, William Frdk., A case of puerperal eclampsia successfully treated by chloral and bromide of potassium with inhalation of chloroform. The Lancet. No. 3867. 1897.

Pazzi, Muzio, Studio storico-critico sopra la eclampsia puerperale e casuistica. Gamberini e Parmeggiani. Bologna. 1897.

8. Osteomalacie.

Lyman, Henry M., A case of osteomalacia. Brit. Med. Journ. No. 1922. 1897.

Macedonio, Patogenesi e cura della Osteomalacia. Arch. di Ost. e Gin. No. 10. 1897.

9. Foetus. Neugeborenes. Laktation.

Duer, C., Case of spontaneous amputation of both lower extremities in a newborn infant. Brit. Med. Journ. No. 1921. 1897.

Guiraud, Le lait de femme à l'état physiologique, sa composition chimique moyenne; principales causes qui la font varier; quelques-unes de ses variations dans leurs rapports avec l'état des nourrissons. Thèse de Bordeaux. 1897.

Mackenzie, John, Notes on a case of asphyxia neonatorum in which the heart continued to beat for more than four hours without the respiratory function having acted. The Lancet. No. 3869. 1897.

Schallehn, G., Die Zuverlässigkeit der Credé'schen Einträufelung. Diss. Göttingen 1897.

Scheib, Alexander, Vollständiger Defect beider Nieren bei einem 10 Minuten post partum abgestorbenen 7monatlichen weiblichen Foetus. Prag. Med. Wochschr. No. 42. 1897.

Spencer, Walter, A case of ruptured hydroencephalocele with extreme congenital hydrocephalous; excision. The Lancet. No. 3869. 1897.

Werbelow, B., Ein Fall von Fissura abdominalis inferior. Beitrag zur Casuistik der Missgeburten. Diss. Greifswald. 1897.

Stephan, A. W. C., Ein seltener Fall von embryonaler Missbildung. Diss. Jena. 1897.

Straus, W., Neue Mittheilungen über das Stillungsvermögen der Puerperae an der Münchener kgl. Universitäts-Frauenklinik. Diss. München. 1897.

Walbenstein, F., Beiträge zur pathologischen Embryologie mit besonderer Berücksichtigung der Rundzelleninfiltration abortiver Embryonen. Diss. Freiburg. 1897.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Doyen, E., Technique chirurgicale. Avec la collaboration du Dr. G. Roussel et de M. A. Millot. Masson et Cie. Paris. 1897.

Fritsch, Heinrich, Die Krankheiten d. Frauen, für Aerzte u. Studirende, 8. neu bearbeit. Auflage. F. Wreden. Berlin. 1897.

His, W., jun., Die heutigen Ansichten über den Heilwerth der Mineralwässer. S. Hirzel. Leipzig. 1897.

Valentine, Mrs. M. T., Biography of Ephraim Mcdowell. M. D. „The father of ovariotomy". Including valuable scientific treatises and interesting monographs on ovariotomy. With life-sketches and portraits of many prominent membres of the medical profession. Mcdowell publishing company. New-York, N. Y. 1897.

Verhandlungen d. Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 26. Congress, abgeh. zu Berlin 21.—24. April 1897. A. Hirschwald. Berlin. 1897.

Verhandlungen d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäkologie, 7. Versammlg., abgeh. z. Leipzig etc. Herausgegeben von Zweifel und Pfannenstiel. Breitkopf u. Härtel, Leipzig. 1897.

Winter, Georg (unter Mitarbeit von Carl Ruge), Lehrbuch d. gynäkologischen Diagnostik, 2. Auflage. S. Hirzel, Leipzig. 1897.

11. Allgemeines.

Arendt, E., Bemerkungen zur operativen Konceptionsverhinderung: Centralbl für Gyn. No. 44. 1897.

Atkinson, A. Duval, Parotitis following visceral inflammation. — A report of two cases. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. Vol. VIII. No. 79. 1897.

Fosbery, Hubert, Ovarian tabloids in the flushings, following the menopause. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Martin, La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et médical. Thèse de Bordeaux. 1897.

Nassauer, Max. Stypticin bei Gebärmutterblutungen. Wien. Med. Blätter. No. 43. 1897.

Price, Joseph, Post-operative lesions and sequelae: their extent, character, and how to deal with them. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober 1897.

Rosenwasser, M., Post-climacteric conditions that simulate advanced uterine cancer. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Ross, James F. W., Surgery and facts. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. October. 1897.

Seydeler, G., Die Bedeutung des Wasserstoffsuperoxyds als blutstillendes Mittel. Geschichte und Zusammenstellung der wichtigsten und gebräuchlichsten Hämostatica. Diss. Leipzig. 1897.

Vetere, Sulla Metrorragia infantile. Sua etiologia e cura chirurgica. Arch. di Ost. e Gin. No. 10. 1897.

Wiener, Joseph, The present status of gynaecology abroad. New-York Med. Journ. Juni-Juli-August. 1897.

12. Anatomie und pathologische Anatomie. Entwicklungsgeschichte. Missbildungen.

Bullinger, J., Ueber den distalen Teil der Gartner'schen (Wolff'schen) Gänge. Diss. München. 1896.

Douglas, Richard, Cysts of the urachus. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. October. 1897.

Kossmann, Die Abstammung der Drüseneinschlüsse in den Adenomyomen des Uterus und der Tuben. Arch. für Gyn. 54. Band, 2. Heft. 1897.

Latte, B., Ueber ein primär im Retroperitonealraume entstandenes Adenomyoma myxosarcomatodes. Diss. Erlangen. 1897.

Löwenheim, B., Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Tuberkulose und Carcinom. Diss. Leipzig. 1897.

Menke, Walther, Ueber Hermaphroditismus. Der Frauenarzt. Heft 9. 1897.

Müller, W., Zur normalen und zur pathologischen Anatomie des menschlichen Wurmfortsatzes. Diss. Jena. 1897.

Naumann, Ueber die Häufigkeit der Bildungsanomalien der Nieren. Diss. Kiel. 1897.

Pick, A., Drei Fälle von malignen Tumoren des Chorionepithels. Diss. Breslau. 1897.

13. Vulva. Scheide. Damm. Beckenbindegewebe.

Epstein, Alois, Vulvite, vulvo-vaginite et autres inflammations des organes génitaux externes des petites filles. Traité des Malad. de l'Enfance. Tome III. 1897.

Ferraresi, I. setti trasversali della vagina. Ann. di Ost. e Gin. No. 10. 1897.

Fürst, M., Heilung einer durch weitgreifende gangraenöse Zerstörung des Urogenital-Apparates hervorgerufenen Incontinentia urinae durch Kolpokleisis. Diss. Strassburg. 1897.

Jto, S., Ueber Fibrome, Cystofibrome und Adenomyofibrome der Scheide. Diss. Halle 1897.

Karajan, Ernst R. v., Ein Fall von primärer Tuberculose der Vulva mit elephantiastischen Veränderungen der Klitoris. Wien. klin. Wochschr. No. 42. 1897.

Küstner, O., Die funktionelle Bedeutung der individualisirenden Prokto-Perineoplastik. Centralbl. für Gyn. No. 43. 1897.

Limberger, Ueber Damm- und Scheidenrisse, deren Prophylaxe und Therapie in der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen. Diss. Erlangen. 1897.

Mäckler, G., Die Behandlung des prolapsus vaginae mittelst eines wiegenförmigen Pessars. Diss. Kiel. 1897.

Merz, H., Ein Fall von Kloakbildung bei geschlossner Blase und Missbildung der äusseren Genitalien. Diss. München. 1897.

Mindner, F., Die individualisierende Methode der Procto-Perineoplastik (Küstner) dargestellt im Anschluss an 21 danach operierte Fälle von Damm-Rectum-Spalten. Diss. Breslau. 1897.

Noble, Charles P., A contribution to the technique of operations for the cure of laceration of the pelvic floor in women. The Am. Gyn. and Obst. Jour. April. 1897.

Puech, P., A quel âge convient- il d'opérer l'anus vulvaire? La Sem. Gyn. No. 42. 1897.

Sand, H., Zur Casuistik und Aetiologie des primären Vulvacarcinoms. Diss. Kiel. 1897.

Schaeffer, O., Ueber Sitz und Ursprung des Kreuzwehes und des „Afterschmerzes" (Pseudococcygodynie). Centralbl. für Gyn. No. 41. 1897.

See, H., v., Ueber Haematokolpos und Haematometra. Diss. Leipzig. 1897.

Szulc, M., Ein Beitrag zur Casuistik der Atresia vaginae membranacea. Diss. Greifswald. 1897.

Thomas, A. Ivor, Myxomatous tumour of vagina in a child one year and nine months old. Brit. Med. Jour. No. 1920. 1897.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Andries, J. H., Ueber Indication zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri und die Art der Ausführung dieser Operation. Diss. Berlin. 1897.

Beuttner, O., Ueber ein eigenthümliches Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten. Centralbl. für Gyn. No. 42. 1897.

Chrzanowski, v. J., Inversio uteri totalis. Centralbl. für Gyn. No. 42. 1897.

Cittadini, Convient-il d'intervenir par caeliotomie abdominale dans l'hystérectomie pour cancer du col. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. No. 5. 1897.

Dupuy, La métrite hémorragique de la ménopause et de la vieillesse. Thèse de Bordeaux. 1897.

Feuchtwanger, J., Ein Uterusmyom mit Knorpel- und Knochenbildung. Diss. Strassburg. 1897.

Fischer, Thomas, Complete inversion of uterus with complete procidentia of the organ. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Frederick, C. C., Which is the preferable operative method of holding the uterus in position? Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Frey, P., Ueber das Cervixfibromyom, insbesondere über einen in der hiesigen Frauenklinik beobachteten Fall von Fibromyom der vorderen Muttermundslippe. Diss. Greifswald. 1897.

Friedrich, M., Ueber die dauernde Heilung der Retroflexio uteri durch Pessarbehandlung. Diss. Kiel. 1897.

Hayd, Hermann E., Some observations upon ventral fixation. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Hofert, T., Ueber malignes Cervixadenom. Diss. München. 1897.

Jlkewitsch, W., Ueber die Behandlung von Endometritis mit Milchsäure. Centralbl. für Gyn. No. 43. 1897.

Krämer, F., Zur Aetiologie vom Carcinom insbesondere des Uterus. Diss. Berlin. 1897.

Leo, A., Die sacrale Methode der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Diss. Berlin. 1897.

Lippe, J., Obliteration of the cervix uteri. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897

Ludewig, H., Ueber Endometritis senilis. Diss. Berlin. 1897.

Martin, Franklin H., A further review of the treatment of fibroid tumours of the uterus by vaginal ligation of the base of the broad ligament. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Maxwell, Thomas J., Senile irritable uterus. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Rouffart, Laparo-hystérectomie dans les affections septiques de l'utérus. Piéces anatomiques. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et. d'Obst. No. 5. 1897.

Rouffart, Fistule métropéritonéale avec invagination épiploïde. Castration abdominale totale. Guérison. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. No. 5. 1897.

Smith, Lapthorn, Parsons, J. Jnglis, Murray, Robert, Goffe, J. Riddle, Gardner, William, A discussion on the palliative and radical treatment of uterine flexions and displacements. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Spelsberg, E., Die vaginale Totalexstirpation mit besonderer Berücksichtigung der Fälle aus der Bonner Frauenklinik i. d. J. 1895—96. Diss. Bonn. 1897.

Sureau, Du curettage comme traitement palliatif de l'épithélioma inopérable du col utérin. Thèse de Bordeaux. 1897.

Texier, Des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus. Thèse de Bordeaux. 1897.

15. Ovarien. Tuben. Ligamente.

Bracklow, C., Ovarialtumor bei Uterus duplex. Diss. Königsberg. 1897.

Dezon, De la gynécologie conservatrice dans les affections inflammatoires pelviennes. Thèse de Bordeaux. 1897.

Féraud, Contribution à l'étude des kystes suppurés de l'ovaire. Thèse de Bordeaux. 1897.

Goldspohn, A., The fate of ovaries in connection with retroversion and retroflexion of the uterus. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Hegar, A., Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells. Deutsche Med. Woch. No. 45. 1897.

Kern, C., Beitrag zur operativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Diss. Breslau. 1897.

Resinelli, Significato clinico dei versamenti pleurici nei tumori dell' ovaio. Ann. di Ost. e Gin. No. 10. 1897.

Schultz-Schultzenstein, Intraligamentäres Myosarkom bei gleichzeitigem Vorhandensein zweier Ovarien. Arch. für Gyn. 54. Band. 2. Heft. 1897.

Séveno, Contribution a l'étude des accidents causés par la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (formes cliniques, diagnostic, traitement). Thèse de Bordeaux. 1897.

Stone, J. S., Multilocular cysts in negresses. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 0897.

Stouffs, Kystes de l'ovaire papillomateux, opération, guérison, présentation des pièces. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. No. 5. 1897.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheidenbauchschnitt.

Baeckel, Jules, Déchirure de la vessie et des intestins au cours de la laparotomie. Rev. de Gyn. et de Chir. Ab. No. 5. 1897.

Belly, Mlle., Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice. Thèse de Bordeaux. 1897.

Berchoud, J., Avantages de l'emploi du double drain dans le traitement des collections pelviennes. Arch. Prov. de Chir. Tome VI. No. 10. 1897.

Dreves, H., Darmverletzungen bei Laparotomien. Diss. Bonn. 1897.

Fritsch, H., Die primäre Heilung der Bauchschnittwunde. Deutsche Med. Woch. No. 43. 1897.

Gamgee, Leonard, A case of acute general suppurative peritonitis treated by laparotomy. The Lancet. No. 3867. 1897.

Gluck, Th., Vorschlag zur offenen Behandlung von Laparotomiewunden bei peritonealer Infection. Arch. für Kinderheilkunde. XXIII Bd I.—III. Heft. 1897.

Grünig, O., Ein Fall von Echinococcus im Netz beobachtet in der Greifswalder gynäkologischen Klinik. Diss. Greifswald. 1897.

Hall, Rufus B., Some of the sequelae following supravaginal hysterectomy. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Henrotin, Fernand, The operation of choice in septic pelvic disease, with especial reference to the early vaginal incision. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Hense, K., Ueber Koeliotomie bei Peritonitis tuberculosa. Diss. München. 1897.

Johnson-Alloway, T., On gauze packing of the pelvis in gynaecological operations. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Kraków, K., Beitrag zur Lehre von der vaginalen Bauchhöhleneröffnung, gestützt auf 36 Operationen aus Neugebauer's gynaekologischer Klinik des Evangelischen Hospitals in Warschau. Medycyna. No. 33. 1897. (Polnisch).

Lumme, G., Ueber Fettnekrose in der Peritonealhöhle. Diss. Leipzig. 1897.

Lontprofit, A., Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie. Arch. Prov. de Chir. Tome VI. No. 10. 1897.

Ott, D. de, Contribution aux principes dans le choix des méthodes de la réfection du plancher pelvien et de la paroi abdominale. Rev. de Gy. et de Chir. Ab. No. 5. 1897.

Ross, James F. W., Madden, Thomas More, Dudley, A. Palmer, Hart, D. Berry, Gordon, Perrigo, James, Giles, A. E., Gardner, William, A discussion on the diagnosis and treatment of intrapelvic tuberculous disease. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Schroeder, E., Beitrag zur Kenntnis der Peritoneal-Tuberkulose. Diss. Bonn. 1897.

Sieur, De l'intervention par la voie sacrée dans les tumeurs et inflammations des organes génitaux de la femme. La Sem. Gyn. No. 41. 1897.

Uhlmann, Ueber das Auftreten peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien, mit besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses zwischen trockener und feuchter Asepsis. Arch. für Gyn. 54. Band. 2. Heft. 1897.

Warth, F., Ueber Peritonitis tuberculosa. Diss. Bonn. 1897.

Westphal, M., Zur Heilung der Peritonealtuberkulose vermittels Leibschnitt. Centralbl. für Gyn. No. 41. 1897.

17. Harnorgane. Fisteln.

Bates, T., A case of inguinal hernia with bladder in the wall of the sac. The Lancet. No. 3877. 1897.

Baur, H., Ueber neun Fälle von Fremdkörpern in der Harnblase. Diss. München. 1897.

Cotterell, Edward, Note on a case of tuberculous disease of the bladder treated by supra-pubic cystotomy and curetting. The Lancet. No. 3867. 1897.

Curtis, Farquhar, Partial resection of the bladder for ulcer caused by the distoma haematobium. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Dahl, B., Ueber primäres Carcinom der Harnblase. Diss. Kiel. 1897.

Fenwick, E. Hurry, The Röntgen rays and the fluoroscope as a means of detecting small, deeply-placed stones in the exposed kidney. Brit. Med. Jour. No. 1920. 1897.

Gardner, William, A case of procidentia uteri with numerous vesical calculi. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Hellmer, H., Ueber Wanderniere, ihre Behandlung durch Nephrorraphie und deren Dauererfolge. Diss. Berlin. 1897.

Kelly, Howard A. et *Ramsay, Otto*, De l'usage du cathéter rénal dans le diagnostic et le traitement des maladies des reins et des uretères. Rev. de Gyn. et de Chir. Ab. No. 5. 1897.

Mikule, O., Ein Beitrag zur Chirurgie der Ureterverletzungen. Diss. Breslau. 1897.

Neumann, A., Eine einfache Methode, den Urin beider Nieren beim Weibe gesondert aufzufangen. Deutsche Med. Wochenschr. No. 43. 1897.

Newman, David, The relationship of movable kidney to renal colic associated with transitory hydronephrosis and intermittent albuminuria: treatment by operation. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Owings, E., R., The infectiousness of chronic urethritis. Bull. of the Johns. Hopkins Hosp. Vol. VIII. No. 79. 1897.

Pawlik, Ch. J., Pyonéphroses et hydronéphroses. Rev. de Gyn. et de Chir. Abk. No. 5. 1897.

Ricker, G., Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten in der Niere. Hab. Rostock. 1897.

Ross, Dislocation of the kidney. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Schmoll, J., Ueber die Totalexstirpation der Harnröhre beim Weibe mit Anlegung einer Witzel'schen Schrägfistel. Diss. Kiel. 1897.

Sutherlin, W., Ueber Kystoskopie und Katheterismus der Ureteren. Diss. Berlin. 1897.

Wiehl, E., Ein Fall von cystischer Missbildung mit Atresie des Ureters. Diss. Freiburg. 1897.

Willgerodt, H., Ueber das Verhalten des Peritoneum gegen den künstlich in die Bauchhöhle geleiteten Urin und über die experimentelle Erzeugung der Urämie. Diss. Strassburg. 1897.

Wohlgemuth, H., Zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblichen Urethra. Deutsche Med. Wochenschr. No. 45. 1897.

18. Gonorrhoe.

Lademann, W., Gonorrhoe und gerichtliche Medicin. Diss. Breslau. 1897.

Lappe, J., Statistische Beiträge zur Gonorrhoe der Prostituirten. Diss. Leipzig. 1897.

Neisser. A., Zur Behandlung der acuten Gonorrhoe. Ein neues Silberpräparat. Protargol. Prolongirte Injectionen. Dermatol. Centralbl. 1. Heft.

Schmidt, E., Ueber Pyonephrose nach Gonorrhoe. Diss. München. 1897.

Semb, Oscar, Om gonorrhoe hos kvinden. (Gonorrhoe beim Weibe). Tidsskr. for den norske lagefor. No. 9. 1897.

Ullmann, Karl, Zur präventiven, abortiven und Frühbehandlung des acuten Harnröhrentrippers. Wien. Med. Blätter. No. 43. 1897.

Werler, O., Ueber die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei der Behandlung der Gonorrhoe. Dermat. Zeitschr. Bd. III, Heft 5 u. 6. 1897.

19. Hysterie.

Loeser, L., Beitrag zur Lehre von der Hysterie der Kinder. Diss. Heidelberg. 1897.

Vedeler, Dysmenorrhoea hysterica. Arch. für Gyn. 54. Band, 2. Heft. 1897.

20. Mamma.

Mays, Ein Fall von chronischer Mastitis, Gangrän der Warze und deren Umgebung, und Ausgang in Heilung. Münch. Med. Wochschr. No. 43. 1897.

Möller, L., Zwei Fälle von Gallertkrebs der Brustdrüse. Diss. München. 1897.

Scheuerer, F., Mastitis und Carcinom. Diss. Würzburg. 1897.

Vulker, W., Ueber Polymastie. Diss. Bonn. 1897.

21 Technisches. Akiurgie.

Bouillon, A., A note upon the relative value of silk and catgut as materia for sutures. The Lancet. No. 3867. 1897.

Marey, Henry O, The suturing of wounds. The advantages of the absorbable suture buried in aseptic wounds. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Mueller, Arthur, Ueber transportable Beinhalter für geburtshilfliche Zwecke. Zeitschr. für Krankenpfl. No. 11. 1897.

Otis, Walter J., Instrumente zur Inspection des Rectums. Zeitschr. für Krankenpfl. No. 11. 1897.

Reinecke, K., Untersuchungs- und Massagesofa, gleichzeitig verstellbar als Untersuchungstisch resp. Untersuchungsstuhl für das ärztliche Sprechzimmer. Centralbl. für Gyn. No. 43. 1897.

Sander M., Ueber Moosbetten und Decubitus. Zeitschr. für Krankenpfl. No. 11. 1897.

Walker, Edwin, The technique of the dry method. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

22. Darm.

Amann, W., Ueber einen Fall von angeborenem Mastdarmverschluss. Diss. Freiburg. 1897.

Armstrong, Introduction to a discussion on appendicitis. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Banaschweski, F., Ueber Tuberkulose des Wurmfortsatzes und des Coecum. Diss. Jena. 1897.

Blume, F., Dynamic ileus following operations involving the abdominal cavity, with remarks on adynamic ileus. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

Bouilly, G., Appendicite et annexite. La Sem. Gyn. No. 41. 1897.

Cheatle, G. Leuthal, „A method of uniting the divided intestine". The Lancet. No. 3870. 1897.

Gaudier, H., Traitement du cancer du rectum. Nouveau procédé d'exstirpation totale abdomino-périnéale. Rev. de Gyn. et de Chir. Ab. No. 5. 1897.

Jordan, Martyn, Some intestinal experiments: a rapid method of enterectomy. The Lancet. No. 3870. 1897.

Köhl, Casuistischer Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes. Corresp.-Blatt für Schw. Aerzte. No. 20. 1897.

Lachman, S., Ueber Myome und Fibrome des Dickdarms. Diss. Breslau. 1897.

Legueu, Félix, Des fistules rectopérinéales. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd. No. 5. 1897.

Mcgraw, Theodore A., On intussusception of the vermiform appendix and coecum. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Peck, George S., Fifty-two cases illustrating my personal experience with the medical and surgical treatment of appendicitis. The Am. Jour. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Oktober. 1897.

Saar, M., Ueber die Aetiologie der Appendicitis. Diss. Berlin. 1897.

Shepherd, Francis J., Successful removal of an enormous mesenteric tumour and nearly eight feet of intestine. Brit. Med. Jour. No. 1919. 1897.

Siegel, Ernst, Ueber den gegenwärtigen Stand der Appendicitisbehandlung. Zeitschr. für Prakt. Aerzte. No. 20. 1897.

Smith, O. Lapthorn, The comparative frequency of appendicitis as a complication of pus-tubes, with some remarks on the technique of removing the appendix. Brit. Med. Jour. No. 1920. 1897.

Stedman, Osmund, A case of perforation of the appendix vermiformis, and peritonitis: operation: recovery. Brit. Med. Jour. No. 1921. 1897.

Strey, O., Ueber Stricturen des Mastdarms. Diss. Berlin. 1897.

Werder, X. O., Tonic and spasmodic intestinal contractions with report of cases. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XI. No. 1. 1897.

23. Narkose. Antiseptica.

Evers R., Ueber antiseptisch wirkende Silberverbindungen. Diss. Göttingen. 1897.

Frankenburger, Ein weiterer Fall von Carbolgangrän. Münch. Med. Wochschr. No. 41. 1897.

Krecke, Zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie. Münch. Med. Wochenschr. No. 42. 1897.

Reichold, Zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie. Münch. Med. Wochschr. No. 42. 1897.

Strüver, *P.*, Bestimmung des für Desinfectionszwecke mittels Lampen oder durch Formalin bezw. Holzin erzeugten Formaldehyds. Diss. Jena. 1897.

Sülzer, *O.*, Ueber den Desinfectionswert einiger Kresolpräparate. Diss. Göttingen. 1897.

Wagner, Die Wundbehandlung mit Menthoxol, Camphoroxol und Naphtoxol. Deutsche Med. Wochschr. No. 45. 1897.

Werler, *O.*, Ueber die Behandlung der venerischen Geschwüre mit Itrol (Argentum citricum purissimum). Dermat. Zeitschr. Bd. IV. 1897.

24. Bakteriologie.

Czaplewski, Zur Kenntniss der Smegmabacillen. Münch. Med. Wochschr. No. 43. 1897.

Durno, *Leslie*, A case of puerperal septicämia treated by antistreptococcus-serum; recovery. Brit. Med. Jour. No. 1922. 1897.

Knaak, Ueber Gegenfärbungen bei Bakterienuntersuchungen. Deutsche Med. Wochschr. No. 42. 1897.

Laser, Ueber Reinculturen der Smegmabacillen. Münch. Med. Wochschr. No. 43. 1897.

Schenk, *Ferdinand*, Ueber Streptokokkenserum (Marmorek) und über Streptokokkentoxine. Wien. klin. Wochschr. No. 43. 1897.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig.

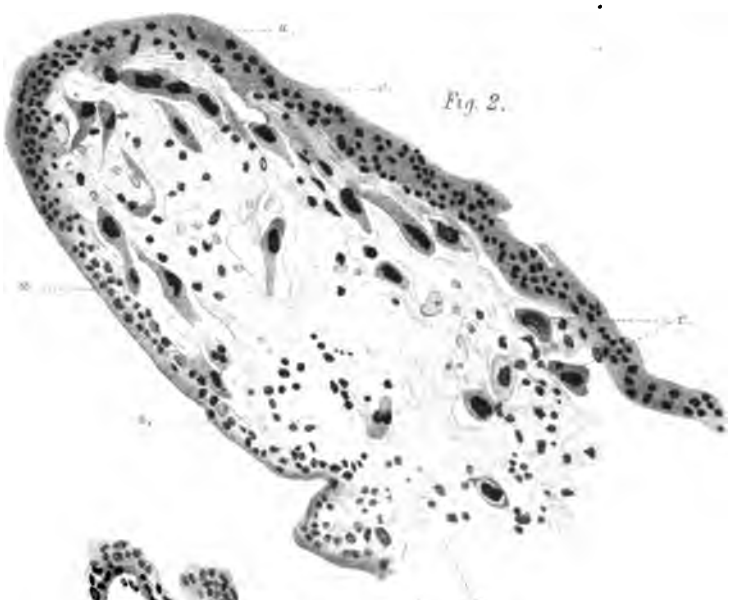


Fig. 2.

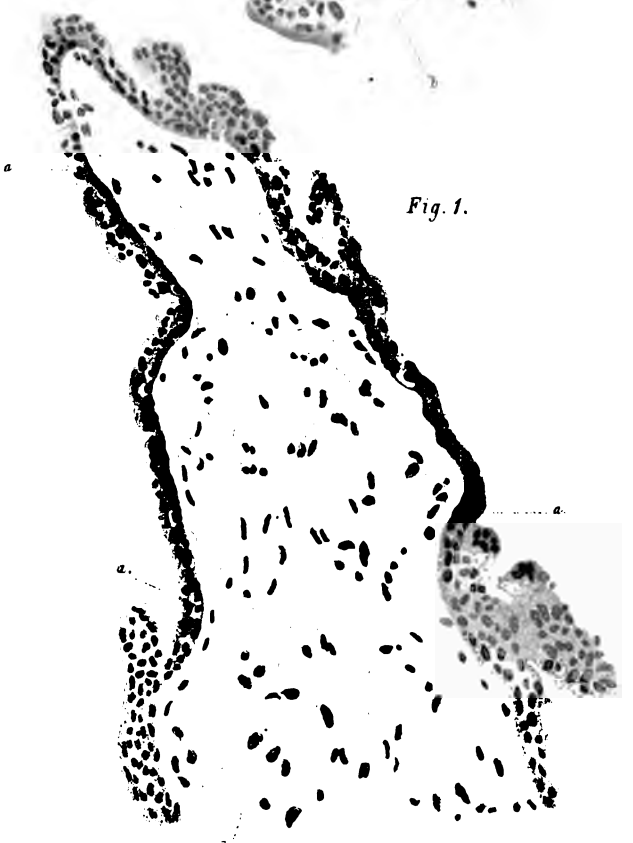


Fig. 1.

Neumann, Beitrag zur Kenntnis der Blasenmolen und des „malignen Deciduoms".

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

Verlag von S. Karger in Berlin N.W.6.

Fig. 3.

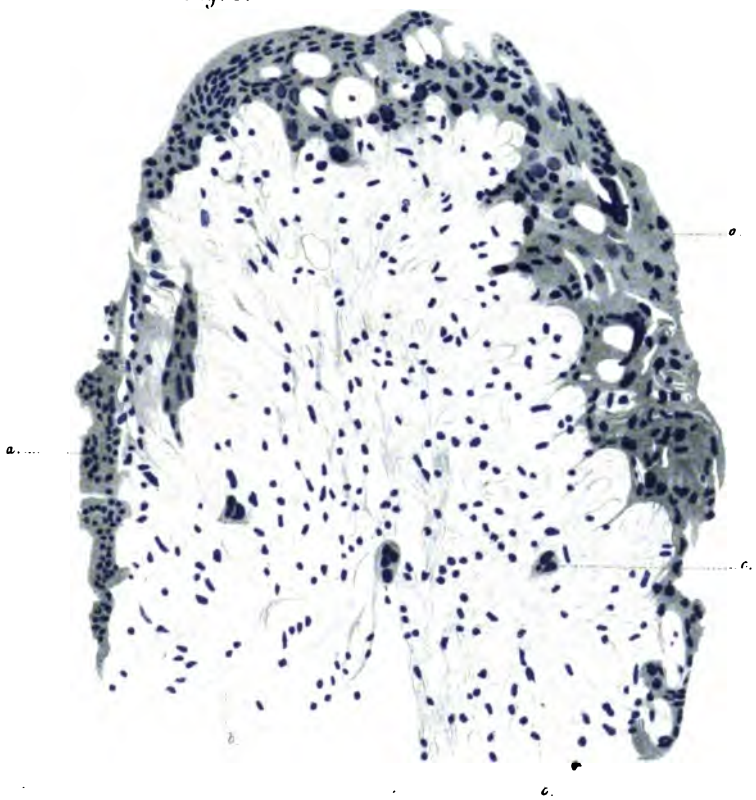
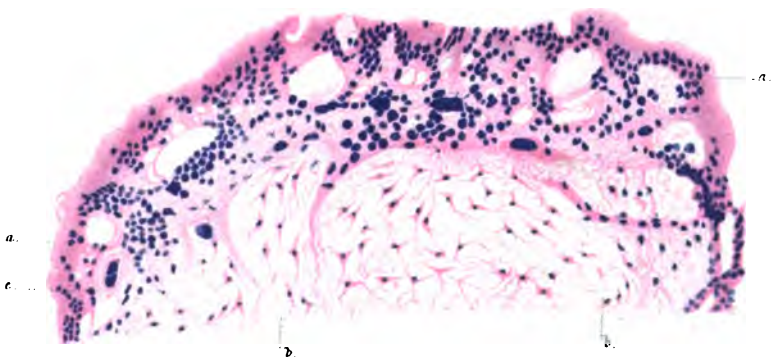


Fig. 4.



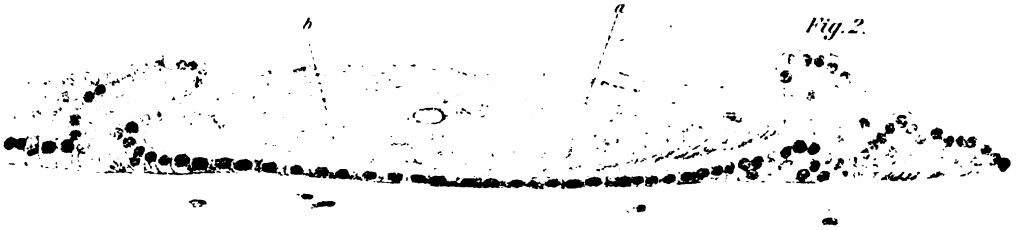
Neumann, Beitrag zur Kenntnis der Blasenmolen und des „malignen Deciduoms".

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

Verlag von S. Karger in Berlin N.W.6.

Fig. 1.

Fig. 2.



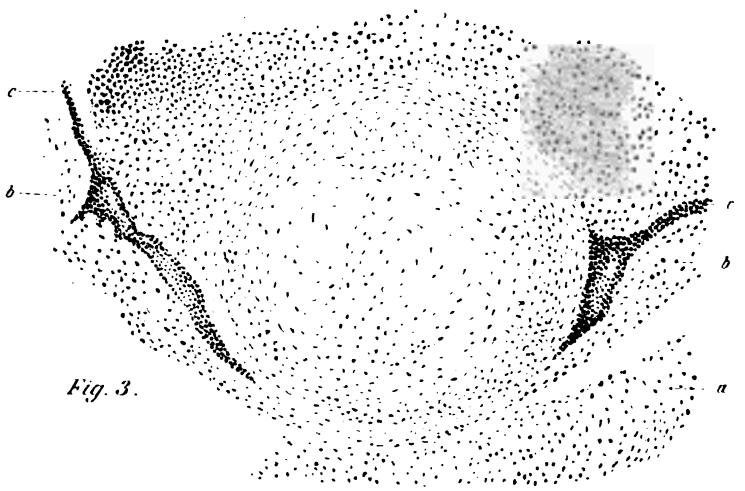
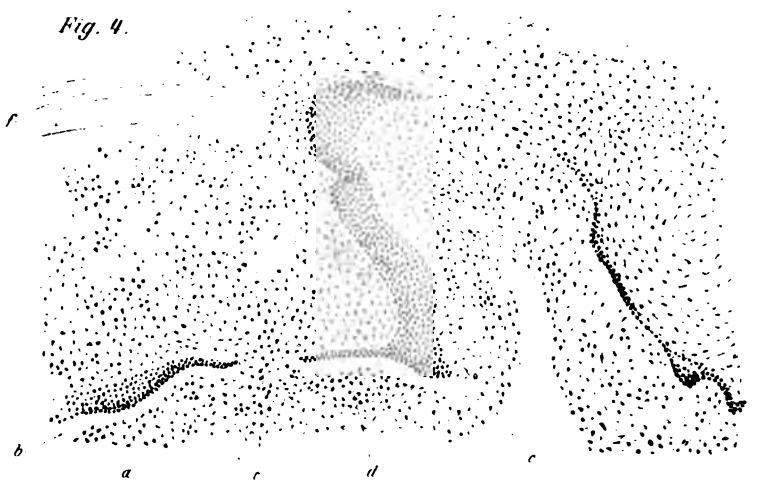
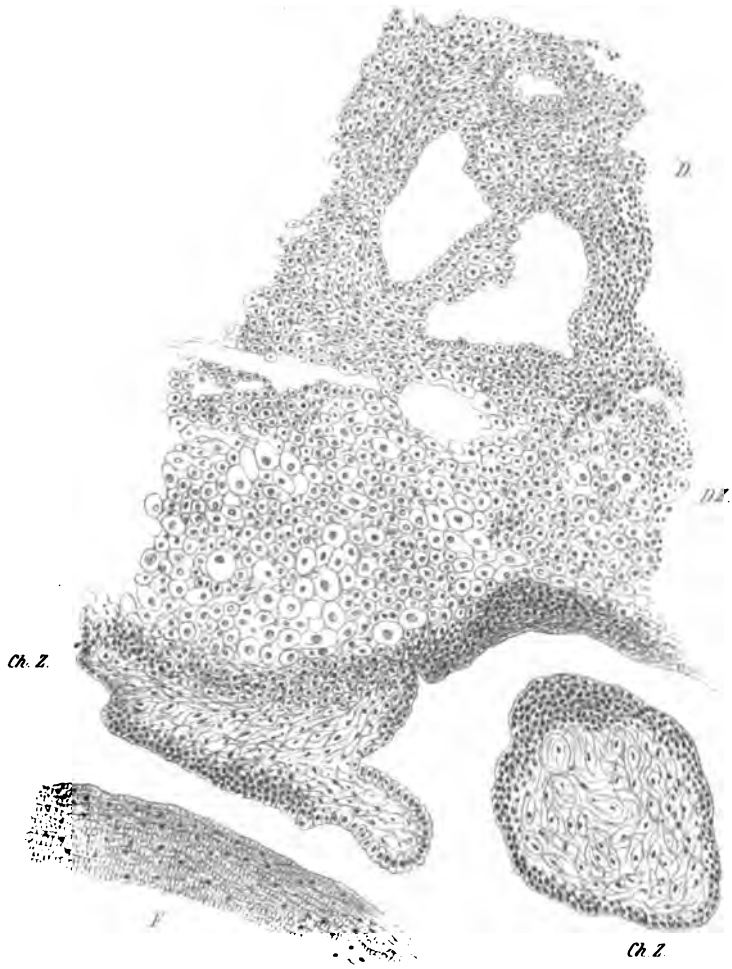


Fig. 3.

Fig. 4.





Uebersichtsbild der drei Schichten des Polypen.

D. Ein Stückchen der die Basis d. Tumor ausmachenden Mucosa.

DZ. Decidua-zellen-schicht.

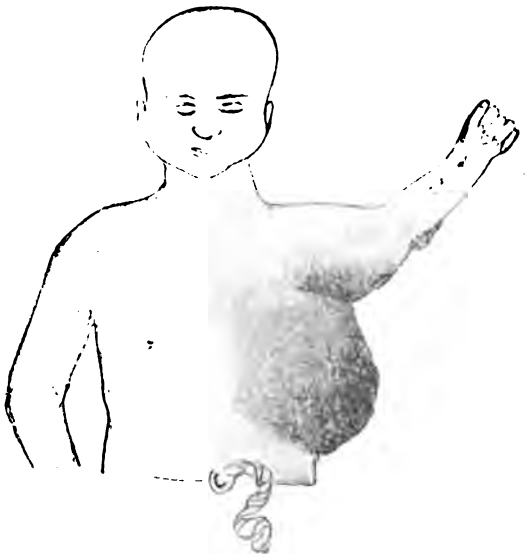
ChZ. Chorionzotten.

F. Fibringerinnsel.

W. A. Meyn, Inf. Inst. Berlin

Falk, Über d. Lebensfähigkeit im Uterus zurückgehaltener Deciduar.

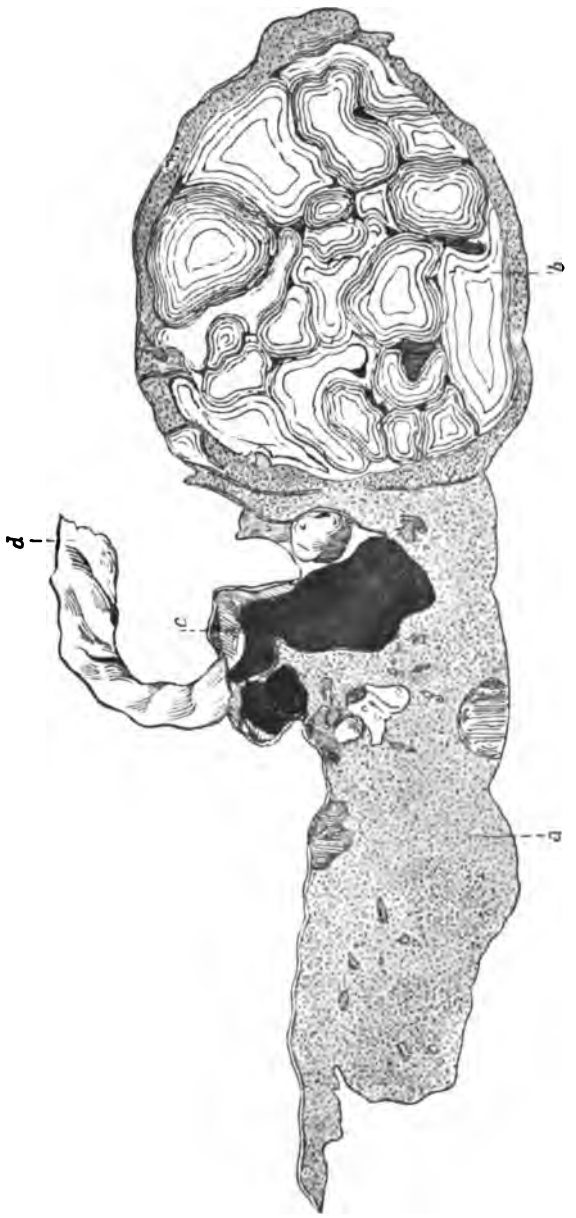
Verlag von S. Karger in Berlin N.W. 6.



Geschwulstbildung der Brust und des Armes von vorne gesehen.
Es fehlt die linke Brustwarze, ein äusserst seltenes Vorkommniss.

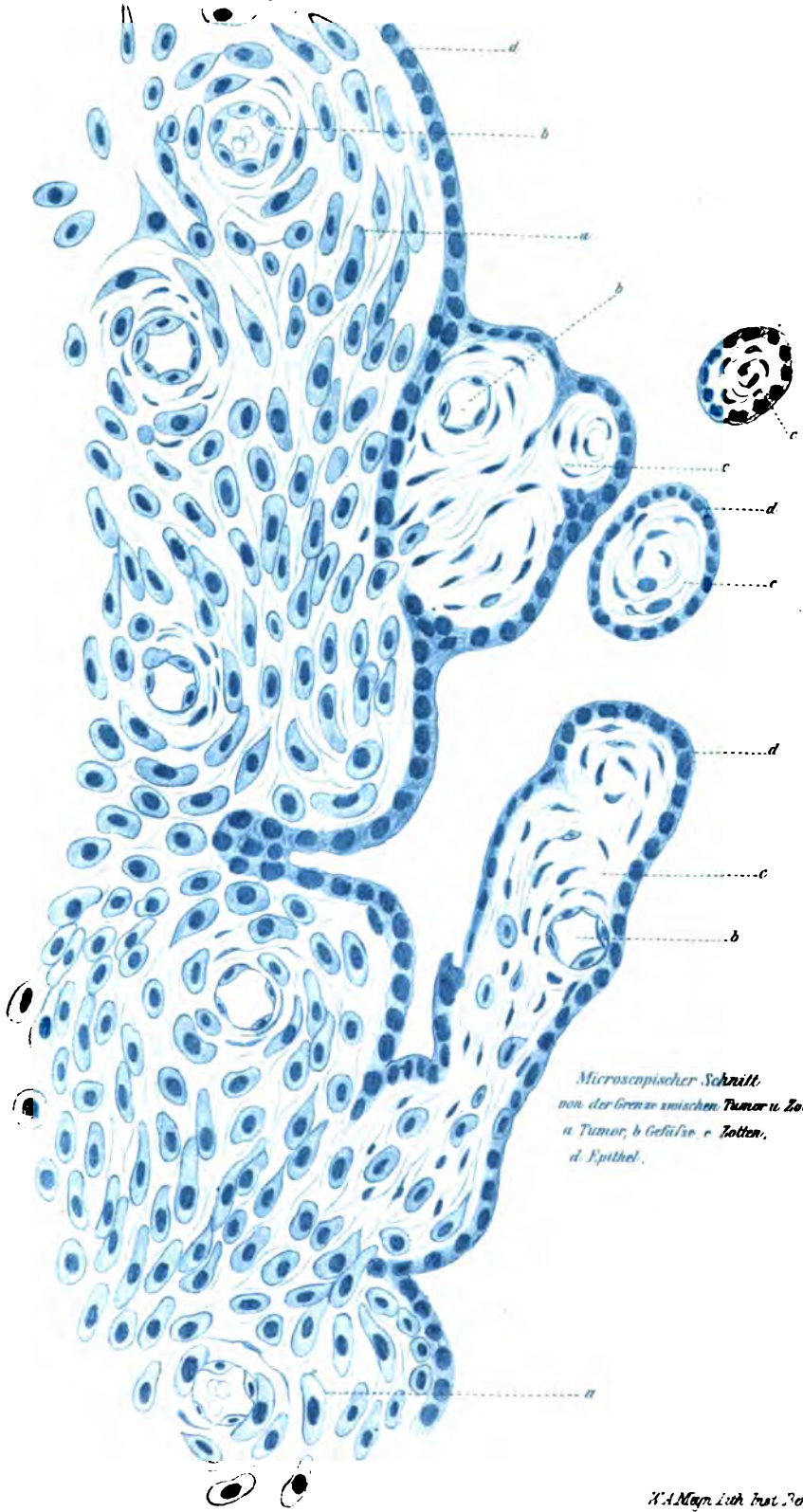
Linker Arm, von innen Septenbildung zu sehen.

Linker Arm von aussen. Die Geschwulstbildung am mächtigsten nach hinten zu entwickelt.
Die Hand ist anscheinend grösser als sie in der That war: dies ist durch einen Fehler beim Photographiren entstanden.



Durchschnitt durch die Placenta.

a = Normales Zottenparenchym. b = Tumor. c = Gefässe. d = Nabelschnur.



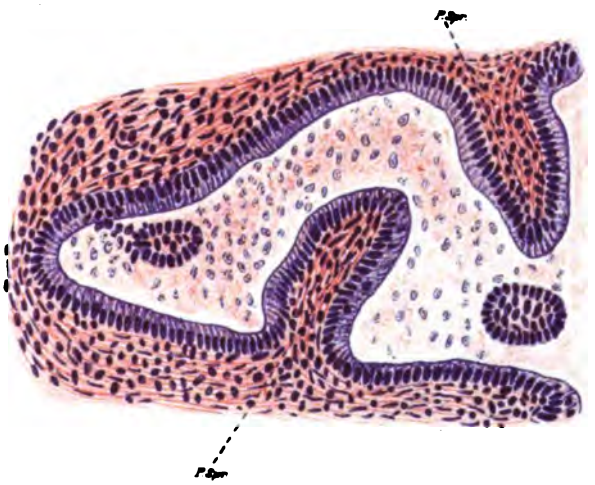
Microscopischer Schnitt
von der Grenze zwischen Tumor u. Zotten.
a Tumor, b Gefässe, c Zotten,
d Epithel.

K.A.Mayn. Lith. Inst. Berlin S.

Verlag von S. Karger in Berlin N.W. 6.

Fig. 1.

Fig. 2.



Paula Guenther fec. W. A. Meyn: Lith. Inst. Berlin S.

Wolff, Über adenomähnliche Wucherungen der Tubenschleimhaut bei Tubentuberkulose.

Verlag von S. Karger in Berlin N. W. 6.

180537